Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen werden portofrei erbeten. Für die Redaction unter der Adresse: Karolinenplatz 2/0. Für Abonnement u. Inserate an Jos. Ant. Finsterlin in München, Salvatorstr. 21.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 27. 1886. 6. Juli. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/0. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 33. Jahrgang.

Originalien.

Zur Aetiologie und diagnostischen Bedeutung der Papillome der weiblichen Genitalien.

Von Privatdocent Dr. *E. Bumm.*

(Nach einem in der Würzburger physikal.-med. Gesellschaft gehaltenen Vortrag.)

M. H.! Gestatten Sie mir, heute über die Resultate einer Reihe von Untersuchungen zu berichten, welche ich im Laufe der vergangenen Jahre an einem ziemlich reichlich fliessenden Material über die Papillome der weiblichen Genitalien zu machen Gelegenheit hatte.

Die kleinen Geschwülstchen, welche man als Papillome und insoweit sie an den Genitalien und deren Umgebung vorkommen, auch als spitze Condylome zu bezeichnen pflegt, sind schon lange bekannt und bereits vielfach Object wissenschaftlicher Untersuchungen und gelehrter Abhandlungen gewesen. Nichts desto weniger ist ihre Stellung in der Pathologie noch eine ziemlich dunkle, und vertragen die Ansichten, welche bisher über ihren Ursprung und ihre diagnostische Bedeutung gang und gebe sind, noch in mancher Beziehung eine kritische Sichtung und Revision. Davon, dass man die Papillome der Genitalien zur Zeit, wo man Gonorrhoe mit Syphilis zusammenwarf und im Tripper unter dem Einfluss der Hunter'schen Lehren nichts Anderes als die Aeusserung des auf eine secernirende Schleimhautfläche gelangten syphilitischen Virus sah, mit den Producten der Syphilis selbst verwechselte, will ich gar nicht reden, da es jetzt wohl Niemand mehr einfallen wird, im Ernste zu behaupten, dass die spitzen Condylome mit der Syphilis etwas zu thun haben.

Dagegen muss ich mich um so ausführlicher mit jenen Anschauungen befassen, welche die Papillome der Genitalien in einen mehr weniger innigen Connex mit dem virulenten Katarrh der Geschlechtswege bringen. Wenn man sich die Mühe nimmt, die neueren und neuesten Lehrbücher der Syphilidologie und Gynäkologie nach dieser Richtung durchzusehen, so findet man fast allerorts die Angabe wiederholt, dass die spitzen Vegetationen ein Product des Tripperflusses sind und nur ganz schüchtern wird da oder dort die Bemerkung angefügt, dass ausnahmsweise auch einmal auf andere Reize hin die gleichen Wucherungen auftreten können. Am meisten hat sich in dieser Frage Hildebrand engagirt. H. sucht in dem von ihm bearbeiteten Theile des Billroth'schen Handbuches der Frauenkrankheiten (Krankheiten der äusseren Genitalien) durch 5 Seiten hindurch den Beweis zu liefern, dass die Ursache der spitzen Condylome eine locale Infection mit einem vom Manne übertragenen Ansteckungsstoffe ist und behauptet, noch nie eine Frau mit spitzen Condylomen gesehen zu haben, bei der er nicht den Nachweis einer Infection hätte liefern können, während andererseits die Zahl der Frauen mit serösen, eitrigen, lange bestehenden Genitalkatarrhen, welche er untersuchte ohne jemals eine Neigung zu Condylombildung zu finden, eine recht grosse war. Damit stimmt ein von H. citirter Ausspruch Kühn's vollkommen überein, wonach selbst die moralischeste Frau sich Zweifel über ihren Charakter gefallen lassen müsse, sobald ihr Fluor mit Feuchtwarzen aufträte. In der II. Auflage des genannten Handbuches hat Zweifel die Hildebrand'schen Anschauungen dahin modificirt, dass in seltenen Fällen die Geschwülstchen auch nach einer nicht infectiösen Balanitis oder Vulvitis entstehen können. Winckel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886) unterscheidet zwischen harten Papillomen, die einfach, nicht getheilt sind und mit Infection nichts zu thun haben, und den viel zarteren spitzen Condylomen, deren Ursprung er zweifelhaft lässt. Die syphilidologischen Werke endlich führen die spitzen Vegetationen ausnahmslos auf den specifischen Reiz des gonorrhoischen Contagium zurück.

Meine eigenen Untersuchungen zwingen mich nun, einen derartigen directen Zusammenhang zwischen den Papillomen der weiblichen Genitalien und der Gonorrhoe zu leugnen. Die Frage ist heute ziemlich leicht und einfach zu entscheiden, war es aber durchaus nicht zu der Zeit, wo die meisten Arbeiten über den gonorrhoischen Ursprung der spitzen Condylome erschienen sind. Denn es fehlte in der Mehrzahl der Fälle jeglicher Anhaltspunkt für eine sichere Diagnose der Gonorrhoe beim Weibe, Niemand konnte mit Bestimmtheit sagen, ob die mit spitzen Vegetationen behaftete Patientin an einem Tripper litt oder nicht. Der Ausfluss an sich, der früher als Hauptkriterium der Blennorrhoe galt, beweist, wie wir jetzt wissen, gar nichts, weder seine Quantität noch seine Qualität erlaubt auf die Ansteckungsfähigkeit einen Rückschluss zu machen. Das eitrigste Secret kann ganz unschuldig sein und ein rein glasiger Schleimtropfen des Cervix kann sich in Folge der Menge der specifischen Krankheitserreger, die er enthält, im höchsten Grade infectiös erweisen. Nehmen wir die immerhin beschränkte Zahl von Fällen aus, in denen ein Urethraltripper bestand und mit einiger Wahrscheinlichkeit auf die gonorrhoische Natur eines gleichzeitig vorhandenen Fluor albus schliessen liess, so blieb, so lange man die Mikroorganismen der Gonorrhoe nicht kannte, nur ein Mittel zur Entscheidung, ob Tripper, ob nicht, das war die

Impfung mit dem in Frage stehenden Secret auf eine gesunde Schleimhaut. Dieser Weg konnte natürlich, in grösserem Umfange wenigstens, nicht eingeschlagen werden, man hat sich vielmehr die Sache sehr leicht gemacht, überhaupt nicht mehr an der gonorrhoischen Natur der Papillome gezweifelt und in einer vollständigen Umkehrung der ursprünglichen Fragestellung durch die Anwesenheit von spitzen Wucherungen das Vorhandensein einer Gonorrhoe für bewiesen erachtet.

Heute besitzen wir in dem Nachweis der Gonococcen ein sicheres diagnostisches Hülfsmittel, um in jedem Falle über die gonorrhoische Natur eines Fluor albus ein Urtheil abgeben zu können. Dieser Nachweis der Gonococcen kann aber nur durch das Mikroskop, nicht durch die Cultur erbracht werden. Jeder Versuch, aus dem Secrete der weiblichen Genitalien, selbst bei florider Gonorrhoe, Gonococcen rein zu züchten, muss deshalb fehlschlagen, weil immer neben den Gonococcen auch noch andere Mikrobien vorhanden sind, welche im Culturglas unter den gänzlich veränderten Bedingungen des Nährsubstrates die specifischen Organismen an Vegetationsenergie übertreffen und sie deshalb stets nach kurzer Zeit überwuchern. Uebrigens wäre der Nachweis der Gonococcen durch die Cultur, selbst wenn er gelänge, ein viel zu langwieriges Verfahren; wir bedürfen einer Methode, die uns gestattet, in kurzer Zeit möglichst viele Secretproben, welche den erfahrungsgemäss am häufigsten befallenen Partien der Genitalien zu entnehmen sind, auf ihren Gehalt an specifischen Mikroorganismen zu prüfen.

Dazu genügt die mikroskopische und nach den Regeln der Bakteriologie d. h. mit homogenem Immersionssystem und im Lichtkegel des Abbé'schen Beleuchtungsapparates ausgeführte Untersuchung gut tingirter Trockenpräparate. Da die Schleimhaut des Cervix uteri der Ort ist, wo sich der virulente Katarrh am häufigsten etablirt und wo er sich am längsten erhält, da ihr Secret die specifischen Organismen am reinsten und auch immer dann beherbergt, wenn der Infectionsprocess bis zu den höher gelegenen Schleimhautpartien des weiblichen Genitaltractus vorgerückt ist, wird man mit der Untersuchung des Cervixsecretes immer den Anfang machen und die Pilze selbst in jenen Fällen, wo sie bereits spärlich werden, noch auffinden können, wenn man sich nur nicht mit einer Untersuchung begnügt, sondern in mehrtägigen Zwischenräumen und insbesondere auch kurz nach Ablauf der Menses die Proben entnimmt. Ein weiterer Schlupfwinkel für die Gonococcen, der unsere besondere Aufmerksamkeit verdient, und den man kennen muss, um Nichts zu übersehen, ist die Schleimhautauskleidung der Bartolini'schen Drüsen. Durch geeigneten Druck lässt sich auch bei chronischer Entzündung der Drüse immer so viel Secret herausbefördern, als für ein paar Präparate nothwendig ist. Nimmt man dazu noch einige Proben des Scheidensecretes und aus der Umgebung der Harnröhrenmündung, so sind es im Ganzen 6—8 Präparate, die wegen des intermittirenden Auftretens der Coccen wiederholt angefertigt und durchgesehen werden müssen. Findet sich bei einer derartig sorgfältig ausgeführten Untersuchung Nichts von Gonococcen, dann ist eine Gonorrhoe — das Secret mag sein wie es will — mit Bestimmtheit auszuschliessen.

Im Laufe der letzten Jahre habe ich sämmtliche Frauen mit spitzen Vegetationen an den Genitalien, welche in die gynäkologische Klinik aufgenommen wurden, in der angegebenen Weise auf den Gehalt des Secretes an Gonococcen untersucht. Dabei hat sich ergeben, dass unter 13 Schwangeren mit deutlich ausgeprägten spitzen Condylomen 12 mal nirgends die specifischen Mikroorganismen der Gonorrhoe vorhanden waren und unter 3 nicht schwangeren Frauen ebenfalls eine sich frei erwies, während bei einer Schwangeren und den beiden anderen Frauen die Gonococcen mit Leichtigkeit aufgefunden werden konnten. Hieraus folgt also, dass sowohl bei Schwangeren, und hier in der entschiedenen Mehrzahl der Fälle, als auch bei Frauen, die nicht schwanger sind, spitze Vegetationen an den Genitalien bestehen können, ohne dass ein virulenter Fluor vorhanden ist.

Damit ist freilich der Beweis noch nicht erbracht, dass die Papillome in ihrer Entwickelung völlig unabhängig von der Gonorrhoe sind und nicht vielleicht doch der Reiz des specifischen Secretes dazugehört, um den ersten Anstoss zu den Wucherungsvorgängen zu geben, die schliesslich zur Ausbildung der spitzen Vegetationen führen. Denn wer diesen Standpunkt einhalten will, könnte den eben angezogenen Beobachtungsresultaten leicht entgegenhalten, dass, obwohl keine Gonococcen mehr im Secret nachweisbar waren, möglicherweise doch früher eine Gonorrhoe bestanden hatte, deren Folgen eben in Gestalt der Papillome ihre Ursache überdauerten. Dem gegenüber will ich mich nicht darauf berufen, dass sich unter den 12 Schwangeren mit spitzen Excrescenzen, bei denen der objective Nachweis der Gonorrhoe misslang, 2 verheirathete Frauen befanden und sich in diesen beiden Fällen eine etwa früher dagewesene gonorrhoische Infection durch die Anamnese so gut wie sicher ausschliessen liess, sondern mich damit begnügen, drei Beobachtungen anzuführen, in welchen ich bei sicher constatirter Abwesenheit eines virulenten Fluor spitze Condylome sozusagen unter meinen Augen hervorsprossen sah. Alle drei Patientinnen waren schwanger; die eine, über welche ich schon früher gelegentlich einmal (Arch. f. Gyn. XXIII.) berichtet habe, bekam nach einer Durchnässung in der Waschküche einen profusen, milchigen Vaginalfluor und gleichzeitig damit ein Eczem der Vulva und der Labien, welches von massenhaften papillären Wucherungen gefolgt war; die beiden anderen litten, ohne dass eine besondere Ursache nachweisbar gewesen wäre, bereits seit Mitte der Gravidität an milchig-eitrigem Ausfluss. Hier begann in jedesmal ganz gleicher Weise die Wucherung am inneren Rande der kleinen Labien. Die verlängerten Papillen standen anfänglich dicht beieinander und gaben der Schleimhautfläche ein sammtartig glattes Aussehen. Mit dem Grösserwerden erreichten dann einzelne Papillen die Oberhand und wuchsen unter dendritischer Verzweigung zu jenen warzigen Gebilden von Erbsen- bis Bohnengrösse aus, wie sie an den weiblichen Genitalien als spitze Condylome allbekannt sind. (Schluss folgt.)

Ueber ein neues Endoskop.

Von Dr. *Jos. Schütz*, Specialarzt für Hautkrankheiten zu Frankfurt a./Main.

(Nach einem Vortrag mit Demonstration, gehalten im ärztlichen Verein zu Frankfurt a./M. am 7. Juni 1886.)

Zur Motivirung des neuen Endoskops seien wenige Bemerkungen über die Entwickelung des Endoskops zu der heute gebräuchlichen Form vorausgeschickt.

Die Construction der Endoskope ist im Laufe ihrer Entwickelung eine stets einfachere geworden. Endoskope, welche den endoskopischen Tubus in fester Verbindung mit der Lichtquelle und dem reflectirenden Spiegel enthielten (Desormeaux, Fürstenheim, Bumstead u. a.), erwiesen sich zum praktischen und namentlich therapeutischen Gebrauch zu schwerfällig, umständlich und kostspielig. Seit Grünfeld werden Lichtquelle, Spiegel und Tubus, wie bei der Otoskopie, getrennt benutzt. Auch in Bezug auf das eigentliche Endoskop, den endoskopischen Tubus ist die Einfachheit der Form nach und nach massgebend geworden. Gekrümmte endoskopische Röhren, Spiegelendoskope, gefensterte Tuben, sie alle haben kaum praktische Verwendung gefunden, und ausser dem zweiblättrigen dilatablen Endoskop von Auspitz werden nur noch einfache grade an der Spitze offene Tuben verwandt. Die ursprüngliche grosse Länge der endoskopischen Röhren, 15 bis 20 und mehr Centimeter bedingte bei der gegebenen normalen Sehweite von 25 cm und Benützung eines zwischen Ocularmündung und Untersucher befindlichen Reflectors eine schwache Beleuchtung und mässige Deutlichkeit des Gesichtsfeldes. Verstärkung der Lichtquelle (Kalklicht), optische Hülfsmittel zur Vergrösserung oder Annäherung des endoskopischen Bildes halfen diesem Uebelstande ab, nicht ohne das Endoskop und seine Führung zu compliciren. Obwohl schon andere wie Reder kürzere Tuben vorgeschlagen hatten, war es doch erst Steurer, von der Erwägung ausgehend, dass die Lichtintensität im umgekehrten quadratischen Verhältniss der Entfernung wachse und die menschliche Harnröhre sich auf 11 3/4 cm comprimiren lasse, der möglichst kurze Tuben mit einer Fixirungsscheibe vor der conischen, wenig Halt bietenden Trichtermündung des Instruments angab, wodurch es auf die denkbar einfachste Weise ermöglicht wurde, ohne weitere Hülfsmittel einem normalen Auge die Details der Harnröhrenschleimhaut in genügender Deutlichkeit, Helligkeit und Nähe zugänglich zu machen.

Die Einführung grader offener Röhren barg die Gefahr einer Verletzung der Harnröhrenschleimhaut in sich. Diese wurde verringert dadurch, dass den Metall-Endoskopen ein Conductor beigegeben wurde, welcher, in den Tubus eingeführt, den scharfen Rand der Mündung cachirte, aus welcher er kuppelförmig vorragte. Ferner wurde es Brauch, nur den mit dem Conductor armirten Tubus irgend welche Bewegungen in der Richtung nach der Blase zu machen zu lassen, andererseits nur während des Herausziehens des Endoskops die Harnröhrenschleimhaut durch den offenen scharfrandigen Tubus zu spiegeln. Nur bei ganz stumpfrandigen Hartgummiröhren wurde der Conductor entbehrlich (Weinberg). Die Einführung eines graden Instruments bis zur Blase ohne Schmerzen oder gar Verletzungen auf einer, meist im Zustande chronischer Entzündung befindlichen, Harnröhrenschleimhaut zu erzeugen, erfordert Geschick und Uebung; und wenn der Gebrauch des Endoskops noch nicht Gemeingut der Aerzte wurde, so liegt dies abgesehen von der Mühseligkeit des Verfahrens überhaupt wohl nicht zum kleinsten Theil an der Schwierigkeit der richtigen Einführung bis zu den tiefer gelegenen Partien. Seitdem nach dem Vorgange Steurer's und anderer nun kurze Tuben von 11 3/4 bis 13 cm Länge vorwiegend verwandt werden, welche eine Compression des Harnröhrenschlauchs voraussetzen, um tiefere Parthien erreichen zu können, ist die Schwierigkeit einer schmerzlosen endoskopischen Untersuchung noch grösser geworden; denn zu dem Geschick einer kunstgerechten Bougirung kommt nunmehr noch hinzu die Anwendung eines massvollen Drucks, eines in jedem Moment durch das Gefühl zu controlirenden Kraftaufwandes.

Durch Verlust des Conductors, eines modificirten Steurerschen- resp. kurzen Grünfeld'schen Tubus kam ich in die Lage, ein elastisches Bougie als Conductor zu benutzen, sodass es einige Centimeter vor dem Visceralende des Tubus hervorstand, und musste ich mich wundern, wie wenig der sensibele Patient bei Anwendung des ex tempore combinirten Apparates belästigt wurde. Offenbar lag dies daran, dass durch das wegen seiner biegsamen Spitze leicht vorgedrungene Bougie das Lumen der chronisch entzündeten Urethra für das nachfolgende relativ dicke grade Endoskop bereits offen gehalten wurde, der ganze Weg für das Endoskop derart geschient war, dass ein directes Aufstossen der Endoskopspitze auf die Schleimhaut aus mechanischen Gründen unmöglich war und beim Vorschieben des Tubus zur Comprimirung der Harnröhre der geringst mögliche Kraftaufwand genügte, während sonst die Conductorspitze beim Senken des Griffes sehr leicht den Drehpunkt eines einarmigen Hebels bildete und einen wenn auch geringen Druck auf die Schleimhaut als Unterlage erzeugen musste.

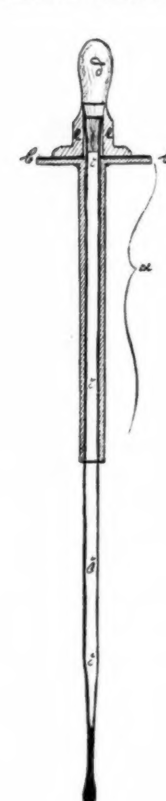
Bei der erwähnten Anordnung ergab sich jedoch der Missstand, dass wenn man eine bei der antrograden Besichtigung passirte Stelle noch einmal untersuchen wollte, ohne das Endoskop mit dem Bougie armirt wieder ganz von neuem einzuführen, der kurze Conductor fehlte, welchen man bei den Metallendoskopen zur Cachirung des scharfen Randes der Metallhülse nothwendig hat.

Ich trachtete somit, den Rand der Tubusöffnung so abzustumpfen, dass leichte Vorschiebungen nach der Blase zu auch ohne Conductorführung unbeschadet der Harnröhrenschleimhaut möglich wären.

Da sich sowohl anderen wie mir praktisch herausgestellt hat, dass Metalltuben sich nicht stumpf genug fertigen lassen, um ohne Conductor verwandt werden zu können, so liess ich, wie es Weinberg that, den Tubus aus Hartgummi herstellen. Die geringe Verkleinerung des Gesichtsfeldes durch die relativ dickere Hartgummiwandung wird durch die Annehmlichkeit eventuell nicht stets des Conductors zu bedürfen, sowie durch den Umstand, dass man bei Sondenführung etwas dickere Caliber verwenden kann, reichlich aufgewogen. Ausserdem haben bei den heute gebräuchlichen Desinfectionslösungen — ich benutze Sublimat 1,0 — Kali hyperm. 0,5 — Aqu. 1000,0 zum Einlegen der Instrumente und spüle zuletzt mit absolutem Alkohol ab — Hartgummituben vor metallenen und namentlich neusilbernen Instrumenten einige Vorzüge. Der bis zum gewissen Grade unvermeidliche treppenförmige Uebergang von der Tubuswandung zur Bougieoberfläche erweist sich in Praxi wenig störend.

Ferner habe ich bei dem neuen Endoskop den als Handgriff und als Orientirungspunkt beim Einwerfen des Lichts bequemen Oculartrichter fortgelassen und mit der Steurerschen Scheibe dem Tubus sein Ocularende gegeben, weil dadurch das untersuchende Auge, das reflectirte Licht und therapeutisch zu verwendende Instrumente einen kürzeren Weg bis zur eingestellten Schleimhautfläche zu passiren haben,

was namentlich bei der topischen Behandlung, z. B. der chronischen Gonorrhoe, von Vortheil ist.



Das Endoskop, wie es jetzt von mir verwandt wird*), besteht aus einem einfachen graden Hartgummitubus a ohne Trichter, von Nr. 19—24 Dicke der Charrier'schen Fitière, 12 cm Länge, mit möglichst stumpfer Visceralöffnung und einer 3—4 cm im Durchmesser haltenden mattschwarzen Scheibe b am Ocularende. Als Conductor dient ein in den Tubus genau passendes elastisches de la Motte Bougie c von 24 cm Länge mit olivenförmiger Spitze und einer knopfförmigen Handhabe (d + e), so dass 12 cm des Bougie aus dem Tubus hervorragen, wenn das Endoskop zum Einführen geschlossen ist. Der Handgriff des Bougie lässt sich, wie aus der Figur ersichtlich ist, in 2 Theile d und e auseinanderziehen. Der vordere resp. innere Theil d endigt mit einem kleinen Zapfen, auf welchem sich ein neues Bougie bei etwaiger eingetretener Schadhaftigkeit des ursprünglichen leicht wieder aufsetzen lässt.

Die Einführung des Endoskops geschieht bei dem auf hohem gynäkologischen Stuhl bequem gelagerten und seiner Beinkleider entledigten Patienten zunächst analog der Einführung des gekrümmten Metallcatheters. Nach Senkung des Griffs bis unter die Horizontale wird, während man ganz allmählich den Conductor herauszieht, unter sanfter Comprimirung der Harnröhre von vorn nach hinten der kurze Tubus möglichst weit vorgeschoben und dann fixirt gehalten.

Zum Abtupfen des Gesichtsfeldes, Aufpinseln, Aetzen mit NO_3Ag, Tr. Jodi u. dergl. benutze ich nur noch das Michelson'sche Stäbchen. Dasselbe besteht aus einem dünnen Neusilberdraht, dessen eine Spitze eine durch Meisselschläge rauh gemachte Fläche zum Aufdrehen von Watte, Anschmelzen von NO_3Ag besitzt, während am anderen Ende eine Schraubenwindung sich befindet, mit welcher Wattefasern, Schleimflöckchen sich leicht fangen lassen.

Da ich mit Gschirhakl der Ansicht bin, dass zu erfolgreichem Endoskopiren „Bequemlichkeit bei der Untersuchung sowohl für den Kranken wie auch für den Untersuchenden eine conditio sine qua non ist", so habe ich die beschriebene kleine Neuerung der Veröffentlichung nicht für unwerth erachtet.

Ein kleiner Beitrag zur Aetiologie der Lungenentzündung.

Von Dr. *Waibel* in Dillingen.

Die Lungenentzündung, ich verstehe hier immer die Pneumonia crouposa seu fibrinosa, ist bei uns endemisch und tritt von Zeit zu Zeit, jedoch nicht in regelmässigem Cyklus mit leichteren und schwereren Krankheitsformen epidemisch auf. Nach der Morbiditätsstatistik des Kreises Schwaben und Neuburg pro 1883 von Dr. Kunz, weist Dillingen die höchste Procentzahl an Pneumonie auf. Es fehlt daher zum Studium dieser Krankheit nicht an Beobachtungsmaterial und ich habe aus diesem sämmtliche in 4 Ortschaften während der letzten 10 Jahre von mir behandelten Pneumonieerkrankten mit ihren Wohnungen in einer am Schlusse der Arbeit beigefügten Tabelle zusammengestellt und dieselben in Bezug auf die älteren und neueren Anschauungen über die Aetiologie dieser Krankheit an der Hand der mir zur Verfügung stehenden Literatur einer etwas näheren Betrachtung unterzogen und wenn ich auch nicht viel Neues zu Tage fördern kann, so sei es mir doch gestattet, auf Grund meiner Erfahrungen verschiedene von andern Beobachtern wahrscheinlich gemachten Thatsachen zu bestätigen und dieselben theilweise als sicher hinzustellen.

Bereits im Jahre 1882 unterstellte ich bei Gelegenheit einer in meinem Wirkungskreise beobachteten Pneumonieepidemie in meinem damaligen Jahresberichte verschiedene aetiologische Punkte einer genaueren Prüfung und glaubte constatiren zu können, dass die atmosphärischen Einflüsse, wie verschiedene Windrichtungen, insbesondere die so oft angeschuldigte kalte Ost- und Nordluft, hohe Grade von Luftfeuchtigkeit, ungewöhnliche Trockenheit der Luft etc. nicht von hervorragender Betung sind; ebensowenig Einfluss schien mir grosse Kälte oder Hitze zu haben; zu jeder Jahreszeit zeichnete ich Pneumonien auf; damals im September beinahe soviele als im Mai. Auch die von fast allen Laien, sowie von vielen Aerzten noch festgehaltene Ansicht, dass Erkältung eine Hauptrolle in der Aetiologie der Pneumonie spiele, konnte ich an der Hand von statistischen Zusammenstellungen weit in den Hintergrund drängen.

Ferner habe ich damals hervorgehoben, dass nach meinen Erfahrungen, die sich über Leute aus allen Schichten, insbesondere auch eine zahlreiche Fabrikbevölkerung ausdehnen, die Berufsthätigkeit keinen erheblichen Einfluss übe; etwas wesentlicher resp. gewichtiger schien mir die Constitution und die mit ihr enge zusammenhängende hereditäre Belastung resp. Vererbung der geringen Widerstandsfähigkeit zu gelten. Jedoch hielt ich damals schon und ich stehe noch heute auf demselben Standpunkte alle die angeführten aetiologischen Momente nur für disponirende resp. praedisponirende, nicht aber für direct ursächliche. In dem erwähnten Jahresberichte glaubte ich ein Hauptgewicht auf die Bodenverhältnisse legen zu müssen, welche mir conform mit den anderen Infectionskrankheiten eine viel grössere Bedeutung bei der Aetiologie der Pneumonie zu haben schienen, als die atmosphärischen. Dafür schien insbesondere das auch von mir beobachtete herd- und gruppenweise Auftreten der Pneumonie zu sprechen. Doch führten mich meine Untersuchungen in dieser Richtung, — Grundwassermessungen zu diesem Zwecke habe ich leider bis jetzt unterlassen —, zu keinem befriedigenden Resultate. Es wurde nun die Lage und Beschaffenheit der inficirten Häuser und besonders derjenigen, in denen mehrmals Pneumonieerkrankungen vorkamen, untersucht und dabei gefunden, dass es ziemlich gleich ist, ob die Häuser hoch oder tief gelegen, ob sie alt oder neu, trocken oder feucht sind (vergl. Tabelle, Rubr. 16—21). Vor dieser Untersuchung glaubte ich insbesondere die Neubauten und tief gelegenen Häuser mehr anschuldigen zu müssen.

Die Lage und Beschaffenheit der Häuser nach diesem Gesichtspunkte betrachtet, liefert gleichfalls keine Anhalts-

*) Verfertigt von Paul Engmann, Berlin NW. Charitestrasse 4; Deutsches Reichspatent angemeldet.

punkte und es frägt sich nun, ob wir nicht in einzelnen Wohnräumen das infectiöse Agens suchen müssen und zwar aus folgenden Gründen: In einer und derselben Wohnung kommen sehr häufig, beinahe in der Hälfte der mit Pneumonie inficirten Häuser mehrmals Erkrankungsfälle vor und zwar hauptsächlich unter solchen Hausbewohnern, welche in ein und demselben Zimmer wohnen und schlafen; (hiefür habe ich zahlreiche Belege in der Tabelle Rubr. 15).

Berüchsichtigen wir ferner die Häuser, wo mehrere Familien wohnen, so sehen wir, dass die Pneumonien meistens nur in bestimmten Wohnungen oder Familien auftreten; (auch hiefür habe ich zahlreiche Belege). Weiter ist sicher zu constatiren, dass Personen, die früher nie an Pneumonie gelitten haben, von dieser Krankheit befallen worden, nachdem sie solche inficirte Wohnungen bezogen haben; (zahlreiche Belege).

Eine nicht seltene Beobachtung ist auch die, dass Pneumoniker wiederholt an Pneumonie erkranken, nachdem sie ihre Wohnung gewechselt haben und die neu bezogene scheinbar siechfrei ist. In drei hieher gehörigen Fällen gelang es mir erst in den letzten Tagen nachzuweisen, dass in zwei Fällen ganz bestimmt schon vorher Pneumonien in den neubezogenen Wohnungen vorkamen.

Betreffs der Zahl der Bewohner der verschiedenen Wohnungen muss ich hervorheben, dass im Allgemeinen von einer Ueberfüllung der Wohnungen nicht die Rede sein kann, dagegen sind die Mehrzahl derselben mangelhaft ventilirt; die Reinlichkeit lässt gleichfalls in einer grossen Anzahl sehr viel zu wünschen übrig. Es bestehen in dieser Beziehung besonders auf dem Lande grosse Missstände und mögen verschiedene Wohnräume, welche zum Theil zugleich als Schlafräume dienen, ganz geeignete Brutstätten für Krankeitsstoffe abgeben.

Die Frage der Contagiosität der Pneumonie habe ich in meinem früheren Jahresberichte auch schon berührt und damals schon mehrere Fälle angeführt, die sehr zu Gunsten des directen Contagiums zu sprechen schienen. Ich unterliess es damals im Hinblicke auf die wenigen Beobachtungen mich bestimmt darüber auszusprechen und führte das in diesem Betreffe Beobachtete nur als sehr beachtenswerth an; viel weiter bin ich nun auch heute noch nicht, obwohl ich seit dieser Zeit mehrfache Beobachtungen gemacht habe, welche manch Anderem schon längst genügen würden um die Contagiosität der Pneumonie zu feiern.

Ich gestatte mir als hieher gehörig eine Reihe von Fällen anzuführen:

Ein Pneumoniker (n. d. Tabelle 150) erkrankte am 21. November; dessen Schwester (149) am 1. December desselben Jahres.

Ein anderer Pneumoniker (220) erkrankte am 15. Juui und war bis Ende Juli krank; dessen Schwester (221) erkrankte am 4. August desselben Jahres.

Ein dritter Pneumoniker (319) erkrankte am 25. November; dessen Bruder (320) am 1. December gleichen Jahres.

Ein vierter Pneumoniker (335) erkrankte am 11. Januar, dessen Enkel (336) am 21. Januar gleichen Jahres.

Ein fünfter Pneumoniker (337) erkrankte am 1. März, dessen Frau am 10. März gleichen Jahres.

Ein sechster Pneumoniker (214) erkrankte am 9. April, dessen Schwester am 12. April gleichen Jahres.

Ein weiterer siebenter Pneumoniker (301) erkrankte am 7. Januar, dessen Schwester am 15. Januar.

Fast sämmtliche von diesen Kranken schliefen in einem Zimmer und ein paar auch in einem Bette.

An diese Fälle reihe ich noch einen Fall aus früherer Zeit (1884), wo die Frau am 8. Januar an Pneumonie erkrankte; der Gatte, welcher im gleichen Zimmer lag, erkrankte 3 Tage später.

Ferner einen Fall aus der jüngsten Zeit: Der Mann erkrankte am 27. Februar 1886, die Frau am 1. März 1886; beide schliefen in einem Zimmer; der Kranke warf die Sputa einfach auf den Zimmerboden aus; am 29. April 1886 erkrankte die Frau zum zweiten Male an Lungenentzündung (diesmal an der linken Lunge, während das erste Mal die rechte krank war). Im gleichen Hause wohnen noch mehrere Familien (3), bei denen keine Pneumonie vorkam.

Wenn man sich die Fälle so ansieht, so erscheint es ungemein verlockend, die Art der Infection auf directe Contagiosität zurückzuführen; es lässt sich jedoch der Einwurf nicht ganz zurückweisen, dass der Krankheitsstoff in den eben angeführten Fällen in der Wohnung (Zimmerboden, Wand und Fensternischen, Bett etc.) vorhanden war und auf diese Weise die Infection nicht direct von dem Kranken erfolgte. So erscheint mir nach meinen Untersuchungen die Frage der Contagiosität immer noch nicht ganz spruchreif und abgemacht und wird hier noch grösseres Material zu sammeln sein, um diese wichtige Frage zu entscheiden. Auf jeden Fall wäre das Contagium ein sehr schwaches.

Will ich nun darangehen, aus meinen Beobachtungen und Zusammenstellungen bestimmte Schlusssätze zu formuliren, so fühle ich die Lückenhaftigkeit und Unzulänglichkeit meines Materiales viel mehr, als ich beim Beginne meiner Arbeit mir vorstellte.

Als **sicher** können wir, glaube ich, annehmen, dass weder die atmosphärischen Verhältnisse, noch verschiedene andere ätiologisch herbeigezogene Momente, wie Erkältung, Constitution, Heredität, Berufsthätigkeit etc. noch die tellurischen Verhältnisse im Allgemeinen, anders zu verwerthen sind, denn als **disponirende resp. prädisponirende**; als **wahrscheinlich**, dass das infectiöse Agens — nach den neuesten, jedoch nicht ganz fertigen und übereinstimmenden Untersuchungen zweifellos parasitärer Natur — hauptsächlich in den Wohnungen der Menschen, vielleicht sogar in einzelnen Zimmern oder Räumen liegt.

Wir werden in dieser Beziehung immer noch weitere genaue und eingehende Beobachtungen machen müssen, und das kann insbesondere von jenen Aerzten gut und zweckmässig geschehen, welche in einem grösseren stabilen Wirkungskreise längere Zeit sämmtliche darin vorkommenden Pneumoniefälle zu notiren und untersuchen Gelegenheit haben.

Zum Schlusse gestatte ich mir noch die oben erwähnte Tabelle in kleinerem und vereinfachten Massstabe beizufügen und die mir diesbezügliche zugängliche Literatur anzugeben.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
												Summa			Beschaffenheit der Häuser					
	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	sämmtlicher Pneumonien	sämmtl. Wohnung, in denen Pneumonien vorkamen	sämmtl. Wohnung., in denen Pneumonien mehrmals vorkamen	hochgelegen	tief gelegen	feucht	trocken	neu	alt
Dillingen	*26	8	5	12	16	20	10	24	19	16	20	176	113	46	25	21	21	25	17	30
Donau-altheim	10	11	6	2	9	12	4	15	9	8	7	93	48	30	18	11	17	13	8	22
Schretz-heim	1	3	3	2	2	3	2	10	5	3	5	39	18	9	4	5	4	5	2	6
Hausen	3	—	1	5	2	—	7	4	4	4	1	31	20	10	6	5	6	4	5	5
	40	22	15	21	29	35	23	53	37	31	33	339	199	95	53	42	48	47	32**	63

*) In meinem heurigen Jahresberichte sind die einzelnen Pneumoniefälle mit Namen und laufender Nummer aufgeführt; ebenso sind die in der Rubrik 14 und 15 summarisch zusammengestellten Wohnungen einzeln bezeichnet.

In einer Schlussrubrik wurden im Jahresberichte noch die Gruppen der Pneumoniehäuser zusammengestellt.

**) Auf die Differenz in Rubrik 20 und 21 lege ich keinen Werth, weil es ja überhaupt mehr alte Häuser als neue gibt.

Literatur.

Dr. Erismann, Gesundheitslehre. Dr. Haupt, Zur Aetiologie der croupösen Pneumonie. Aerztl. Intell.-Bl. 1885. Nr. 1 und 47. Dr. Hirsch, Die Organkrankheiten vom historisch-geographischen Standpunkte aus mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie. II. Auflage. Dr. Hüllmann, Ueber die durch das Wohnen in neugebauten Häusern bedingten Krankheiten, deren Ursache und Vermeidung. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. XVII. Bd. III. Heft. Dr. Jürgensen, Ueber die Krankheiten des Respirations-Apparates. Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. Ziemssen Bd. V. 1. Dr. v. Kerschensteiner, Ueber infectiöse Pneumonie. Aerztl. Intell.-Bl. 1881 Nr. 20. Dr. Koehnhorn, Zur Aetiologie der Lungenentzündung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge XXXVIII. 1. Heft. Dr. v. Kranz, Zur Aetiologie der Lungenentzündungen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge XXXIX. 1. Heft. Dr. Kraus und Pichler, Encyklopädisches Wörterbuch der Staatsarzneikunde. Dr. Lorenz, Zur Aetiologie der Pneumonie. Aerztl. Intell.-Bl. 1885. Nr. 39. Dr. Risell, die Aetiologie der croupösen Pneumonie. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin u. öffentl. Sanitätswesen. XXXVIII. Bd. 2. Hft., XXXIX. Bd. 1. Hft., XXXIX. Bd. 2. Hft. Dr. Seitz, Abhängigkeit der Pneumonie vom Grundwasserstand. Aerztl. Intell.-Bl. 1885. Nr. 33. Dr. Uffelmann, Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. XVII. Bd. Supplement. Dr. Kunz, Auszug etc.

Feuilleton.

Deutsche Augenheilkunde an der Wende des 18. und 19. Jahrhunderts.

(Rede zum Eintritt in den Senat und in die medicinische Facultät der Universität Erlangen, gehalten am 29. Mai 1884).

Von Professor Dr. *O. Eversbusch*, Director der Universitäts-Augenklinik in Erlangen.

Mein verehrter Vorgänger im Amte hat, wenn ich recht unterrichtet bin, seine hiesige Lehrthätigkeit an dieser Stelle eröffnet mit einer Schilderung der Entwickelung der Augenheilkunde der Jetztzeit und ihres gegenwärtigen Standes. In der That ein Vorwurf, welcher auch dem unserem Fache ferner Stehenden schlagend zeigen konnte, was dasselbe vordem war und was es geworden ist, seit uns des Biophysikers Helmholtz epochemachendes Instrument, der Augenspiegel, das bis dahin gleichsam mit 7 Siegeln verschlossene Buch der krankhaften Veränderungen des Augen-Inneren aufschloss. Die 35 Jahre, welche seitdem verflossen, haben eine Reihe der wichtigsten Entdeckungen und Erfindungen auf den Gebieten der Anatomie und Physiologie gleicher Weise wie auf denen der Pathologie des Sehorgans und der augenärztlichen Therapie zu Tage gefördert. — Die Augenheilkunde hat einen solchen jähen Aufschwung genommen, dass sich ein enthusiastisch begeisterter College zu dem Ausspruche verleiten lassen konnte: Wenn irgend einem Zweige der klinischen Medicin die ehrende Bezeichnung der Iatrophysik gebühre, so sei es die heutige Ophthalmologie.

Kann auch ein derartiger Ausspruch in vollem Umfange keine Zustimmung finden: immerhin giebt sich in ihm eine Auffassung kund, die doch nicht so ganz vereinzelt dastehen dürfte, und deshalb verdient dieses Dictum gewürdigt zu werden, als ein Symptom eines gesteigerten Selbstbewusstseins, dem allerdings nicht alle Berechtigung abzusprechen ist. Es ist nur zu leicht begreiflich, dass man im Vollgefühl der bahnbrechenden Errungenschaften der Gegenwart nur auf diese den Blick gerichtet hält und übersieht, was vor uns geleistet worden ist. Und dennoch, bilden nicht auch in der Augenheilkunde die Arbeiten der vorhergehenden Generationen in ihrer Gesammtheit den Grund, auf welchem unser heutiges Wissen und Können aufgebaut ist?

Der Augenarzt der vorophthalmoskopischen Zeit geriethe freilich in arge Bedrängniss, aufgefordert, mit Bestimmtheit in jedem Falle den genaueren Sitz einer Schwachsichtigkeit festzustellen; in eine gleiche Verlegenheit käme er, wenn wir ihm das Ansinnen stellten, mit den neuen Untersuchungsmethoden beispielsweise den Grad einer Alterssichtigkeit zu bestimmen oder eine Beweglichkeitsstörung des Auges genau zu analysiren, Er würde zweifelnd den Kopf schütteln, wenn wir ihm nach der Durchmusterung des Augengrundes mit Diagnosen eines Gehirntumors, eines Nierenleidens, eines Herzklappenfehlers, einer Miliartuberculose oder gar mit der Diagnose eines intraocularen Parasiten entgegenträten.

Und dennoch, wenn wir, Umschau haltend unter den augenärztlichen Leistungen unserer Tage, die der Therapie Revue passiren lassen, auf wie viele Dinge stossen wir da, welche der moderne Jünger Aesculaps geneigt sein möchte als selbstverständliche Errungenschaften des lebenden Geschlechtes anzusehen? während der mit der Geschichte der Wissenschaft etwas mehr Vertraute ihm sagen müsste, dass wir es mit einem Erbtheile der perrückenstolzen Periode zu thun haben? Wer erinnert sich heutzutage, dass die Einführung eines unserer Hauptmedicamente, des Extractes der Tollkirsche und dessen Alcaloides, einem Ophthalmiater des 18. Jahrhunderts zu verdanken ist? Wer von uns denkt daran, dass die geniale Idee, bei der sogenannten sympathischen Augenentzündung das ersterkrankte Auge zu entfernen, um den Partner zu erhalten, nach Wardrop's Zeugniss von den Thierärzten ausgegangen und von ihnen auch zuerst praktisch geübt worden ist?

Die pharmakodynamischen Arbeiten unserer Zeit haben den physiologischen Grund der Wirkung des Atropins auf die gesunde und kranke Regenbogenhaut festgestellt; die mikroparasitologischen Studien des letzten Jahrzehntes haben den segensreichen rettenden Einfluss der Enucleation bei der sympathischen Ophthalmie erkennen und verstehen gelehrt; aber das Verdienst die genannten Heilmittel gefunden zu haben, gebührt doch einer früheren Generation.

Unsere Achtung vor derartigen Leistungen wird aber noch gewaltig gesteigert, wenn wir eine Parallele zwischen den Mitteln ziehen, mit welchem die Ophthalmologen der Jetztzeit und mit welchen die Fachgenossen vor 50—100 Jahren arbeiteten.

Heute birgt jede einigermassen auf der Höhe der Zeit stehende Universitäts-Augenklinik eine Fülle der verschiedensten diagnostischen Apparate in sich — neben den eigentlich ophthalmologischen Instrumenten, den Optometern, dem Opthalmoscop, den Apparaten zur Untersuchung des Lichtsinnes u. s. w. wird der Allgemeinbefund gleicherweise, wie das Mikroscop und die bacteriologische Reincultur zur Präcisirung der Aetiologie, der Diagnose, Prognose und Therapie herangezogen. Von alledem stand dem an der Wende des vorigen und dieses Jahrhunderts wirkenden Medicus ocularius garnichts zur Verfügung; nicht einmal die unscheinbare, werthvolle und längst bekannte Lupe wurde benutzt. Und dennoch treten uns an der Schwelle des 18. und 19. Jahrhunderts nach langem Dunkel in der

Augenheilkunde, plötzlich gleichsam, Männer und Leistungen entgegen, welche einen Vergleich mit vielen trefflichen Arbeiten der neuen Aera wohl aushalten können. Sie verdienen den letzteren gegenüber eine um so grössere Anerkennung, als die aus ihnen sich ergebenden wissenschaftlichen Errungenschaften sich voll und ganz darstellen als das Product trefflicher Beobachtungsgabe medicinischen, Scharfsinnes und logischen Raisonnements.

Es scheint mir daher nicht uninteressant zu sein, Ihnen in fragmentarischen Zügen ein Bild zu entrollen von der Augenheilkunde in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zur Zeit Boerhaave's und Albrecht von Haller's und von den bedeutsamen Fortschritten, welche unsere Disciplin in den darnach folgenden Jahrzehnten zu verzeichnen gehabt hat. Sind dieselben auch nicht so revolutionär, wie die aus der Erfindung des Augenspiegels und die aus dem Studium der pathologischen Histologie des Auges resultirenden theoretisch-praktischen wissenschaftlichen Gewinnste der heutigen Opthalmologie, immerhin handelt es sich um Arbeiten, die als Paradigmata ernsten, wissenschaften Strebens gelten dürfen und um Errungenschaften, die, relativ gesprochen, denen der Jetztzeit ebenbürtig an die Seite gestellt werden dürfen; ja, sie sogar gelegentlich übertreffen, wenn wir bedenken, dass bei der Feststellung der thatsächlichen Befunde einzig und allein das unbewaffnete Auge und der diagnostische Spürsinn thätig waren.

Mit demselben Rechte, mit welchem vielleicht die Epigonen des 20. Jahrhunderts die in Albrecht von Gräfe ihren Brennpunkt findende Ophthalmologie der 3 letzten Jahrzehnte die classische Periode benennen werden, werden sie den erlauchten Kreis der ophthalmologischen Forscher der zweitvorhergehenden Generation unter der Bezeichnung der Vorläufer der classischen Periode zusammenfassen dürfen.

Es gewann für mich der Vorwurf meines heutigen Vortrages übrigens noch bedeutend an Reiz und Interesse, als ich bei den diesbezüglichen Vorarbeiten zu meiner herzlichsten Freude erkannte, dass an dem frühlinghaften Aufschwunge unserer Fachwissenschaft gegen Ende des 18. Saeculums mein jetziger Wirkungskreis, das fränkische Land, in ganz hervorragender Weise betheiligt gewesen ist. Wirkte doch schon vorher (von 1710—1720) in dem nachbarlichen Altdorf der bedeutendste Schüler von Ruysch, Albinus und Boerhaave, ein Lorenz Heister und fällt doch gerade in diese Zeit sein noch heute lesenswerther Tractus der cataracta, glaucomate et amaurosi, in welchem er energisch für die Maitre-Jean Brisseau'sche Ansicht über den Sitz des Cataract in der Linse eintrat. Kann ferner doch ein fränkisches Städtchen einen Johann Adam Schmidt mit Stolz für sich in Anspruch nehmen! Schuf doch der in rühmlichem Andenken fortlebende Schreger hier in Erlangen gewissermassen die erste deutsche Universitäts-Augenklinik, indem er für das ophthalmologische Material in seinem Institute eine Art Abtheilung einrichtete, deren Leitung er einem Schüler Beer's in Wien, dem Medicinalrathe Küttlinger, übertrug und enthalten doch endlich die ersten Jahrgänge der Erlanger physikalisch-medicinischen Societät eine Reihe werthvoller Abhandlungen aus dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Auges, die anscheinend so gut wie gar nicht gekannt, ein volles Anrecht haben, der unverdienten Vergessenheit entrissen zu werden.

Die deutsche Augenheilkunde des 17. Jahrhunderts bietet ein nach jeder Richtung hin betrübendes Bild. Im grellen Gegensatz zu den epochemachenden Arbeiten der Anatomie und physikalischen Optik zeigte die praktische Ophthalmologie kaum einen Fortschritt. Nur wenige der damaligen Augenärzte hatten eine wissenschaftliche Vorbildung genossen, die erdrückende Mehrzahl bestand aus rohen Routiniers.

Auch die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts war in der Beziehung kaum erfreulicher, zwar gab es nunmehr auch in Deutschland einzelne hervorragende Aerzte, neben dem schon genannten Heister der Tübinger Professor Mauchart, die Leipziger Platner und Guenz, die mit den Fortschritten der Augenheilkunde in Frankreich, vornehmlich in Paris, vertraut geworden den bis dahin in unserem Lande so gut wie garnicht gewürdigten Zweig der Heilkunde praktisch cultivirten. Aber weder in den Vorlesungsverzeichnissen der Universität Altdorf, noch in den Catalogen von Bamberg, Erlangen, Ingolstadt oder Würzburg — und nicht viel anders wird es wohl auf den meisten anderen Universitäten gewesen sein — finden wir eine Andeutung über eine nachhaltige, lehrmässige Pflege unserer Disciplin. Ebensowenig habe ich in den Dissertations-Verzeichnissen der medicinischen Facultäten der genannten süddeutschen Universitäten eine augenärztliche Dissertation erheblichen Inhaltes ausfindig zu machen vermocht. Ich muss allerdings entschuldigend hinzufügen, dass es nach Heister's Weggang in Altdorf überhaupt mit der Medicin nicht sonderlich rührig bestellt gewesen zu sein scheint. Hebt doch der Chronist als besonders charakteristisch für die dortige medicinische Facultät hervor, dass die geringe Zahl der Mitglieder derselben seit Gründung der Universität einmal begründet sei in dem Umstande, dass bis 1713 kein einziger Professor der Heilkunde von dort weg berufen worden sei. Die vornehmste Ursache aber ist, fährt der Gewährsman fort, ihre seltene und Aerzten zur Ehre gereichende Longävität, indem die überwiegende Mehrzahl ein Alter von 76—91 Jahren erreicht habe.

Noch trauriger waren die Verhältnisse in Würzburg. Man höre nur den Bericht des bekannten Brownianer, Professor Weichard von Fulda: „als ich 1761 in Würzburg zu studiren anfing, waren seit mehreren Jahren keine Zuhörer dagewesen und hatten folglich auch keine Collegien stattgefunden. Die Lehrer, die nur 200—300 fl hatten, betrachteten ihr Lehramt als eine Nebensache und waren auch entwöhnt von dem Schulgeschäfte und mussten wir mehrmals beim Rector magnificus klagen, ehe wir sie sämmtlich dahin brachten, wieder Collegien zu lesen. Sie mussten durch Ermahnungen und amtliche Drohungen hiezu gezwungen werden. Dessen ungeachtet ging es damit äusserst sparsam zu, es war oft Vierteljahre lang Stillstand und doch bei alledem der Verlust nicht sonderlich".

Was Wunder, wenn die Aerzte der damaligen Zeit von anatomischen Arbeiten eines Albinus, Albr. von Haller, eines Zinn und von den sich auch auf dem praktischen Gebiete bewegenden Forschungen eines Mauchart und seiner Schüler so gut wie gar keine Notiz nahmen? Oder dürfen wir erstaunt sein, wenn ein Buch, wie die vielberüchtigte „heilsame Dreckapotheke" des Eisenacher Arztes Paullini (wie nehmlich mit Koth und Urin fast alle, auch die giftigsten Krankheiten vom Haupt bis zu den Füssen inn- und äusserlich glücklich curirt werden) die grösste Verbreitung fand und noch 1734 lange nach Paullini's Tode eine erneute Auflage wissensbedürftige Abnehmer fand?

Erst mit dem Dreigestirne: Gottlob August Richter in Göttingen, J. A. Schmidt und Joseph G. Beer in Wien, dessen Aufsteigen wohl nicht ohne inneren Zusammenhang stehen mag mit der gleichzeitigen epochalen Entwickelung der deutschen Literatur, Kunstgeschichte und Naturphilosophie, wird es wieder Licht auch in der deutschen Augenheilkunde. Die Anschauung, dass ihr in der Heilkunde der gleiche Platz gebühre, wie der Chirurgie und der inneren Medicin bricht sich auch in weiteren Kreisen Bahn. Die deutsche Ophthalmologie nimmt wieder einen wissenschaftlich-fortschrittlichen Charakter an, der ihr, gleich der übrigen praktischen Medicin, wohl nicht zum geringsten Theile verloren gegangen war durch die religiösen Wirren und durch den aus den lange dauernden Kriegen dieses und des vorhergehenden Jahrhunderts resultirenden materiellen Niedergang des besitzenden Theiles der Bevölkerung.

Gemeiniglich wird von den drei genannten Männern Richter in erster Linie aufgeführt; darnach lässt man gewöhnlich Beer's Namen folgen und erst als dritter, zumeist mit Himly auf gleicher Stufe, wird uns J. A. Schmidt genannt. Ich glaube mit Unrecht, soweit es sich um die Bedeutung dieser drei Männer als Forscher handelt. Richter's unsterbliches Verdienst liegt in der Einführung eines geordneten klinischen Unterrichtes in der Augenheilkunde. Dadurch führte er sie aus ihrer vereinsamten Stellung, in welche sie durch die rohe Empirie der Staarstecher gerathen war, wieder zurück

in die allgemeine Heilkunde. Beer's Schwerpunkt gravitirte nach der praktischen Seite, während J. A. Schmidt unübertrefflich dasteht in scharfer Beobachtung und in der gleichsam monographischen in's Detail gehenden Methode der wissenschaftlichen Arbeit.

Ich vermag für diesen Satz durch nichts einen prägnanteren Beweis zu liefern, als durch den Hinweis auf die leider nur zu sehr in Vergessenheit gerathene Abhandlung unseres Landsmannes: Ueber den Nachstaar und Iritis nach Staaroperationen. Würde nicht Papier und Druck verrathen, in welche Zeit dieses anspruchslos aussehende Werkchen versetzt werden muss, wir könnten denken eine Abhandlung aus unseren Tagen vor uns zu haben.

Die Kenntnisse über den grauen Staar waren damals vornehmlich durch die Arbeiten der französischen Ophthalmologen soweit gediehen, dass man wusste, in welchem Theile des Auges sich die ihn bedingenden Processe abspielten; ebenso hatte man eine verhältnissmässig gute Kenntniss über die makroscopisch sichtbaren Veränderungen des Linsensystems dabei und endlich war man sich auch, im Grossen und Ganzen wenigstens, über die besten operativen Methoden zu seiner Entfernung klar geworden. Dagegen lag die Lehre von der Wundheilung, sowie von den dieselbe complicirenden Reactiv-Processen noch so gut wie vollständig im Dunkeln. Die relativ häufigen halben Erfolge der Operation schob man auf ein nachträgliches Trübwerden der zurückbleibenden Linsenkapsel und man warf alle post operationem auftretenden Trübungen des Pupillar-Gebietes in dem uniformen Begriffe des „Nachstaars“ zusammen. Entsprechend dieser Auffassung stand man therapeutisch diesen Folgezuständen gegenüber mehr oder weniger auf dem Standpunkte des laisser aller und so kam es, dass die heute unbestritten dastehende Methode der Entbindung des grauen Staares damals noch immer nicht das unbestrittene Bürgerrecht erlangt hatte, sondern der Ruf: hie Reclination, hie Extraction noch immer auf der Tagesordnung stand.

(Schluss folgt.)

Referate und Bücher-Anzeigen.

Stintzing: Ueber elektrodiagnostische Grenzwerthe. (Deutsch. Arch. f. kl. Med., Bd. 39 Sep.-Abdr.)

Seitdem das Edelmann'sche Einheitsgalvanometer in die Hände des Arztes gegeben wurde, haben mehrere Autoren auf dem Gebiete der medicinischen Elektricitätslehre die Bedeutung der absoluten Strommessung anerkannt, manche auch praktisch verwerthet; andere jedoch nahmen sich, gestützt auf ihre subjective Sicherheit in Anwendung einer altausgeübten relativen Messungsmethode, nicht die Mühe, dem erkennenden Fortschritte der Wissenschaft ihre conservative Bequemlichkeit zu opfern. Und so wäre zu wünschen, dass ein neuer Congress von Fachmännern, wie damals zu Paris, nunmehr auch auf dem Gebiete der elektrodiagnostischen Strommessung eine bindende Einigkeit erzielte, wenn nicht vielleicht doch die Ausführungen der vorliegenden Arbeit durch ihre überzeugende Kraft eine gleiche Wirksamkeit gewinnen.

Der Verfasser, welcher als der Erste sich zu der principiellen Anwendung des Edelmann'schen Galvanometers bekannte, hat sich damit das Verdienst erworben, dem ärztlichen Forschen eine neue sichere Bahn erschlossen zu haben, und er führt uns nun den auf das Fundament eines sehr reichen Beobachtungsmaterials gegründeten stolzen Aufbau der neuen Methode vor Augen.

Den Erörterungen der Principien der Strommessung schickt Verfasser eine kurze historische Uebersicht der Bemühungen auf diesem Gebiete voraus und kommt in eingehender Abschätzung der gegenwärtig gebräuchlichen absoluten Galvanometer zu dem Schluss, dass „das Edelmann'sche Einheitsgalvanometer allen anderen bekannt gewordenen ähnlichen Instrumenten in jeder Beziehung vorgezogen werden muss“. Ich verweise hier auf die interessanten sachlichen Ausführungen, welche St. der Aichung der absoluten Galvanometer widmet zur Unterstützung des Beweises, dass hinsichtlich des verwerthbaren Vergleiches der von verschiedenen Beobachtern gefundenen Reactionsgrössen motorischer Organe das Edelmann'sche Galvanometer die bei weitem grösste Verlässlichkeit biete. Da nun die Reactionsgrössen als Stromdichtewerthe neben der Stromstärke von dem Querschnitte des Leiters abhängig sind, so wird im Folgenden die Wahl der Grösse des Elektrodenquerschnittes erwogen. Und es muss als ein hervorragendes Verdienst des Verfassers bezeichnet werden, hier zum ersten Male durch den praktischen Beweis nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass bei percutaner Reizung die Erregbarkeit des motorischen Organes bei verschiedenem Elektrodenquerschnitt nicht proportional ist der Stromdichte an der Haut, sondern dass letzterer Werth in einem noch unbekannten Verhältniss zur Vergrösserung des Elektrodenquerschnittes abnimmt. Er gelangt dadurch zu der Folgerung, dass für die Vergleichbarkeit aller gewonnenen Stromdichtewerthe eine constante „Einheitselektrode“ zu postuliren sei; für dieselbe, welche sowohl der Anforderung isolirter Reizung neben einander gelagerter motorischer Organe als auch der Erregung in der Tiefe genügen muss, empfiehlt St. einen Querschnitt von 3 □ cm.

Nachdem durch die eben geschildete kritische Studie die Grundlagen der Untersuchungsmethode gesichert sind, lässt Verfasser die Resultate derselben in der Aufstellung der „elektrodiagnostischen Grenzwerthe“ folgen, wie sie sich am normalen Menschen ergeben. Es bezeichnen diese Grenzwerthe die Minima und Maxima der Stromdichte, bei welcher die ersten Zuckungen an den einzelnen motorischen Punkten ausgelöst werden, und zwar wird die Norm für jeden derselben erschlossen aus einer Zahl von Beobachtungen, die sich im Einzelfall auf 24—40 Versuchsobjecte bezieht. Das erfreuliche Ergebniss der mit dem Einheitsgalvanometer und der Einheitselectrode ausgeführten Untersuchungen ist eine Zusammenstellung der für die KSZ gewonnenen oberen und unteren Grenzwerthe, sowie der daraus resultirenden Mittelwerthe für die galvanische Erregbarkeit der wichtigsten Nerven, welcher sich eine Tabelle für die faradische Erregbarbarkeit anschliesst. Aus beiden ist ersichtlich, dass die Erregbarkeitsdifferenzen zwischen verschiedenen Individuen an einem und demselben Nerven kleiner sind als zwischen verschiedenen Nerven eines und desselben Individuums, und dass die „Strombreiten“, innerhalb welcher die normale elektrische Erregbarkeit eines Nerven erfolgt, die Feststellung einer „Erregbarkeitsscala“ gestatten, welche durch ihr gesetzmässiges Verhalten der Elektrodiagnostik einen sicheren Massstab bietet. Neben den absoluten Zahlen der galvanischen Erregbarkeitsscala scheint nun die faradische Scala in relativen Angaben der Rollenabstände eine wenig zuverlässige Rolle zu spielen; betrachtet man aber die auch für die faradische Erregung resultirende Gesetzmässigkeit in der Reihenfolge der Grenzwerthe und erwägt des Verfassers überzeugende Ausführungen über die geringe Beeinflussung des Leitungswiderstandes der Haut durch den faradischen Strom, so wird sich jeder Elektrodiagnostiker durch solches Beispiel veranlasst sehen, neben der acceptirten Stintzing'schen Scala auch für seinen Inductionsapparat eine Erregbarkeitsscala zu notiren, die, im Zahlenausdruck eine andere, in der Reihenfolge der einzelnen Glieder der Stintzing'schen gleichen wird. In den nachfolgenden Tabellen bringt der Verfasser eine Zusammenstellung der Anodenzuckungen und gewinnt aus einer Summe von 535 am Nerven und Muskel ausgeführten Beobachtungen die Ueberzeugung, dass für diese Reizwerthe eine Normalscala nicht fixirbar sei; daneben erhellt aus den Untersuchungen, dass die ASZ in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle früher eintritt als die AOZ. Von welch ausserordentlichem Werthe dem Elektrodiagnostiker die Anwendung der Erregbarkeitsscala werden muss, ersehen wir nun aus dem II. Theile der praktischen Mittheilungen, welcher betitelt ist „Die elektrodiagnostischen Grenzwerthe in der Pathologie“. Verfasser führt aus, dass es mit Hülfe des sicheren Massstabes bereits möglich ist, Erregbarkeitssteigerungen und -Herabsetzungen geringen Grades zu constatiren und deutet auf die prognostische Wichtigkeit solcher an functionell noch intacten Nerven und Muskeln erhaltenen

Befunde hin (Progressive Muskelatrophie). Sehr interessant sind die 3 bisher einzig dastehenden Beobachtungen spinaler Erkrankung, bei welchen Verfasser eine einfache Erregbarkeitssteigerung nachweist; es betrifft dies 2 Fälle von beginnender acuter Myelitis, eine Tabes im späterem Stadium. Auch in den Befunden von einfacher Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit bietet St. viel des Neuen, sowohl hinsichtlich der späteren elektrischen Reaction peripherer Lähmungen als auch des wechselseitigen Verhaltens von faradischer und galvanischer Erregbarkeit.

Es ist nicht Sache des Referenten noch mehr Einzelheiten zu bringen. Jedenfalls wird der gewährte Ueberblick gezeigt haben, dass die Stintzing'sche Arbeit einen bedeutsamen Fortschritt auf dem Gebiete der Elektrodiagnostik bezeichnet. Erst jetzt können wir sagen, dass wir, wenn wir wollen, einen „für alle Beobachter gültigen normalen Massstab für die elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse besitzen". Und wenn sich die einzelnen Autoren auf den festen Boden der hiedurch neu geschaffenen Untersuchungsmethode gestellt haben, dann wird man auch den früheren grundlegenden und so erfolgreich fortgesetzten Bemühungen des Verfassers für die Elektrodiagnostik die lange geschuldete vollgültige Würdigung nicht versagen.

Graeber.

Neuere Arbeiten über die Physiologie und Pathologie der Verdauung und Resorption.

(Schluss.)

4) Reichmann: Experimentelle Untersuchungen über die Milchverdauung im Magen, zu klinischen Zwecken vorgenommen. Zeitschrift für klin. Medicin. IX. S. 565.

5) Bickfalvyk: Welche Nahrungsstoffe verdaut der Magen am leichtesten? Orvoster mészetta dományi. Ertesito 1884. (Referat nach Salkowsky in Virchow-Hirsch's Jahresbericht.)

6) Bickfalvyk: Die Wirkung des Alkohols, Bier, Wein etc. auf die Verdauung. l. c.

7) Ogata M.: Ueber den Einfluss der Genussmittel auf die Magenverdauung. (Hygienisches Institut München.) Archiv für Hygiene III. p. 204.

8) Simanowsky N. P.: Ueber die Gesundheitsschädlichkeit hefetrüber Biere und über den Ablauf der künstlichen Verdauung bei Bierzusatz. (Hygienisches Institut München.) Archiv für Hygiene IV. p. 1.

9) Hofmeister und Schütz: Ueber die automatischen Bewegungen des Magens. Archiv f. experimentelle Pathologie. XX. p. 1.

10) Hofmeister: Untersuchungen über Resorption und Assimilation der Nährstoffe. Archiv f. exp. Pathol. XIX. p. 1 und XX. p. 291.

11) Arthur Hanau: Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie der Darmsecretion. (Pathol. Institut in Zürich.) Zeitschrift für Biologie XXII. p. 195.

Nach Reichmann (4) werden 300 Gramm rohe Milch vom Menschen in 3h verdaut, in 4h ist der letzte Rest aus dem Magen verschwunden, dabei tritt Anfangs Milchsäure, später Salzsäure auf.

Pepton findet sich nach 30 Minuten und bis 2h nach Aufnahme der Milch, nachher nicht mehr.

Gekochte Milch ist nach 2 Stunden 30 Minuten verdaut, in 3 Stunden ist der Magen leer. Kleinere Mengen werden weit schneller verdaut. Macht man die Milch durch Natrium bicarb. alkalisch (auf 100 Milch 1 Gramm Natr. bic.) und nimmt nachher alle Viertelstunde 1 Gramm Natr. bic., so verlässt die Milch nach 2h den Magen unpeptonisirt, aber doch geronnen.

Bickfalvyk (5) liess Hunde kleine Tüllsäckchen verschlucken, die 1—2 Gramm verschiedener Nahrungsstoffe enthielten und an feste Schnüre gebunden waren. Vor dem Verschlucken wurden die Nahrungsstoffe noch eine Zeit lang in Wasser eingeweicht (der Grund ist dem Ref. nicht recht klar), und oft 4—5 Säckchen bei einem Versuche verwendet.

Nach 2—3 Stunden wurden die Säckchen herausgezogen, abgespült und die Trockensubstanz des Inhalts mit der ursprünglich eingeführten verglichen. Das interessante Hauptresultat war, dass neben Fibrin am stärksten die Bindegewebssubstanzen und die elastischen Fasern vom Magensaft des Hundes angegriffen werden. So fanden sich nach 2 Stunden verdaut von rohem Casein 25 Proc., gekochtem Hühnereiweiss 41 Proc., gekochtem Rindfleisch 58 Proc., rohem Rindfleisch 79,5 Proc., Hyalinem Knorpel 81 Proc., Fibrin 97,5, rohen Lungen 99,5 Proc., rohen Sehnen 95,5 Proc.

Versuche in Vitro ergaben, dass der künstliche Pankreassaft stets mehr Eiweiss verdaut als der Magensaft; B. meint deshalb beim Fleischfresser besorge der Magen mehr die Verdauung der Bindegewebssubstanzen, das Pankreas die der Eiweisskörper.

Ueber die Wirkung von Arznei- und Genussmitteln auf die künstliche Verdauung in vitro sind in letzter Zeit von mehreren Autoren (Fleischer, Klikowicz, Simanowsky, Schütz, Bickfalvyk) zahlreiche Versuche angestellt, die sich namentlich mit dem Alkohol beschäftigen. Die Angaben sind, je nach den angewendeten Methoden nicht ganz übereinstimmend, doch scheint ein Alkoholgehalt von ca. 5 Proc. jedenfalls höchstens sehr schwach zu wirken. Von 10 Proc. an ist die Wirkung sehr stark, bei 12—15 Proc. hört sie auf.

Grösseres Interesse haben die am lebenden Thier gemachten Versuche. Ogata (7) brachte einem Magenfistelhund 100 Gramm rohes gehacktes Pferdefleisch in den Magen, verschloss den Pylorus durch einen aufgeblasenen Gummiballon und bestimmte ½ Stunde später das Gewicht des ungelöst gebliebenen Mageninhalts. Er fand ohne Genussmittelzusatz 54 Gramm Rückstand, und sehr ähnliche Werthe, wenn er 200 ccm Brunnenwasser oder Sodawasser oder 100 ccm Theeinfus oder Cafédecoct zusetzte. Diese Stoffe waren also ohne Einfluss. Dagegen verzögerten die alkoholischen Genussmittel die Verdauung der ersten halben Stunde beträchtlich. Bei Zusatz von 200 ccm Bier blieb 82 Gramm, von 62 ccm Schnaps 90 Gramm und von 100 ccm Weisswein 73 Gramm Rückstand. Beim Bier wirkte sowohl der Extract als das Destillat verlangsamend, auch 10 Gramm Traubenzucker vermehrte den Rückstand auf 81,5 ähnlich Rohrzucker. Nur Kochsalz beschleunigte die Lösung, sodass nur 33,5 Gramm statt 54 ungelöst blieben. Nebenbei ergaben die Versuche, dass der Magen die eingeführten Mengen von Alkohol und Zucker in den 30 Minuten bis auf 10—20 Proc. resorbirte.

Bickfalvyk (6) prüfte die Wirkung der Genussmittel nach der oben beschriebenen Methode, indem er die Tüllsäckchen in den mit Wasser oder einer gleichen Menge der zu prüfenden Flüssigkeit gefüllten Magen herabschlucken liess. Die Resultate stimmen, was Alkohol, und Bier betrifft mit denen von Ogata. Bei Wein und Café fand er in kleinen Dosen (125 ccm Wein, 50 ccm Café auf 60 Kilo Körpergewicht) Beschleunigung, bei grossen Dosen Verzögerung. O.'s junger Metzgerhund wog kaum über 30 Kilo, seine Dosen sind also alle als gross zu bezeichnen und so besteht auch hier Uebereinstimmung. Dagegen fand B. Borsaecker Sauerwasser die Verdauung beschleunigend, Kochsalz nur in kleinen Dosen beschleunigend, in etwas grösseren hemmend. B.'s und O.'s Versuche sind nicht ganz vergleichbar, da B. den Magen nicht abschloss, was O. that. In Salkowski's Referat in Virchow u. Hirsch fehlt eine Angabe, nach wie langer Zeit die beobachteten Einflüsse constatirt wurden, was wichtig ist, denn O. fand, dass die Hemmungswirkungen nach der ersten halben Stunde viel weniger deutlich sind.

Simanowsky (8) konnte an sich schon durch nüchtern getrunkenes gutes Bier (½—1 Liter pro die), sehr viel stärker aber durch hefetrübes junges Bier Magenstörungen hervorbringen, ebenso zogen sich 2 an reichlichen Genuss von Bier gewöhnte Münchner Arbeiter rasch einen heftigen Magenkatarrh zu, als er sie veranlasste hefetrübes Bier nüchtern zu trinken (1 Liter). Der Magenkarrh war bei S., einem sonst ganz gesunden aber an Bier gar nicht gewöhnten Manne, sehr hartnäckig, er wich erst dem Einnehmen von Carbolwasser; bei den beiden Arbeitern verlor sich das heftige Unwohlsein rascher. Von den Versuchen in vitro sei nur erwähnt, dass die Be-

standtheile des Malzextracts sich als die Substanz im Biere erwiesen, die am stärksten die künstliche Verdauung stört, nicht der Alkohol, die Salze oder die Hopfenbestandtheile. Einen sehr zähen Widerstand leisten die Hefezellen den künstlichen Verdauungsgemischen, noch nach mehreren Tagen lässt sich solche Hefe mit bestem Erfolg zum Vergähren zuckerhaltiger Flüssigkeiten gebrauchen.

v. Pettenkofer fügt S.'s Arbeit einige Bemerkungen an, in denen er hervorhebt, dass noch nicht aufgeklärt sei, warum hefetrübes Bier nicht stets gesundheitsschädlich wirke, wobei er an die obergährigen stets hefehaltigen Biere, an das medicamentöse Verordnen der Hefe in früherer Zeit und an die oft hefetrüben dabei aber sicher meist unschädlichen untergährigen Biere auf dem Lande erinnert. 3 Möglichkeiten liegen für S.'s Resultat vor: Entweder muss mit der Hefe ein besonders guter Nährboden für sie (junges unvergohrenes Bier) eingeführt werden, oder es sind nur gewisse Hefesorten pathogen, oder es sind endlich die Hefe nicht constant begleitende Spaltpilze die Krankheitsursache. Eine Entscheidung müssen fernere Versuche bringen, bis auf weiteres ist aber jedenfalls daran festzuhalten, dass alle hefetrüben Biere von dem Verkaufe auszuschliessen sind.

Hofmeister und Schütz (9) theilen interessante Beobachtungen über einen bisher wenig erforschten Gegenstand: Die normalen Bewegungen des Magens mit. Die Versuche sind an den Mägen verbluteter Hunde, die vor dem Versuche theils reichlich gefüttert worden waren, theils gehungert hatten, angestellt, und zwar wurde der rasch ausgeschnittene Magen mit seinem Inhalt in einer feuchten Kammer mit Glasfenster aufgehängt und ohne Anwendung weiterer Instrumente die automatischen rhythmischen Bewegungen beobachtet, die er $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Stunden lang anfangs lebhaft, dann immer schwächer ausführt.

Am leeren Magen läuft die Bewegung (eine „Peristole") typisch in folgender Weise ab. Eine Contractionswelle beginnt in der Nähe der Cardia und bewegt sich langsam aber mit zunehmender Stärke gegen das „Antrum Pylori" den Pylorustheil des Magens. In dessen Nähe sistirt die Bewegung mit einer tiefen Einziehung („präantrale Einziehung"), und es zieht sich nun eine sanduhrförmige Einschnürung des Magens producirend der Sphincter antri pylori so kräftig zusammen, dass das Antrum pylori vollkommen vom oberen Magenabschnitt abgeschlossen wird, während sich die präantrale Furche ausgleicht. Es folgt auf die Contraction des Sphincter antri eine Contraction des übrigen Antrum und schliesslich zieht sich der Pylorus selbst zusammen, worauf die Contraction des Magens sich in gleicher Aufeinanderfolge löst, wie sie erfolgt ist. War der Magen mit grob zerkleinertem Futter gefüllt, so wurde bisweilen eine auf die Pyloruscontraction folgende rückläufige Peristaltik beobachtet; indem die Contractionswelle am Sphincter pylori gleichsam umkehrt. Bei all' diesen Bewegungsphasen, die in ihrem eben geschilderten normalen Verlaufe, sowie in den beobachteten Abweichungen auch durch zahlreiche Holzschnitte im Original veranschaulicht sind, betheiligt sich namentlich die grosse Curvatur an der Bewegung, während die kleine ziemlich in Ruhe bleibt. Solche Peristolen können zahlreiche nacheinander stattfinden.

Diese Beobachtungen am ausgeschnittenen Organ glauben die Verfasser aus gewissen Gründen auch auf den Magen des unversehrten Thieres übertragen zu dürfen, jedenfalls sind sie überzeugt wenigstens einen Theil der normalen Magenbewegungen, die von einem im Magen selbst gelegenen nervösen Apparate abhängig sind, beschrieben zu haben.

Hofmeister (10) bespricht in den vorliegenden Arbeiten, die zum Theil eine Reihe von früher von ihm publicirten zusammenfassen und ergänzen die Resorptionswege des Peptons und die weiteren Schicksale dieses Körpers. Indem wir nur die wichtigsten Punkte herausgreifen und für die Beweisführung zum Theil auf das Original verweisen, können wir folgende Fälle als Quintessenz aus H.'s Schrift herausheben. Das im Magen und Darme befindliche Pepton wird zunächst von der Magen- und Darmschleimhaut aufgenommen, gebunden und zwar höchstwahrscheinlich durch zellige Gebilde dieser Schleimhäute. Extracte aus Magen und Darmmucosa können procentisch 2—10 mal peptonreicher sein als das Blut des gleichen Thieres, ja es kann auf der Höhe der Resorption die Intestinalschleimhaut absolut mehr Pepton enthalten als die Gesammtblutmenge. Auch bei mehrtägigem Hunger verschwindet das Pepton nicht ganz aus dem Hundedarm.

Neben der resorbirenden besitzt aber die Intestinalmucosa offenbar auch eine assimilirende Kraft; das Pepton vermindert sich in einer bei 37° einige Stunden aufbewahrten frischen Magen- oder Darmschleimhaut beträchtlich. In das Mesenterialvenenblut geht nur wenig, in den Chylus keine nachweisbare Menge Pepton über. Dieses der assimilirenden Thätigkeit der Intestinalschleimhaut entgangene Pepton wird nicht im Blut oder durch das Blut, weder innerhalb abgebundener überlebender Gefässstrecken noch in vitro zum Verschwinden gebracht, sondern es sind die Gewebe des Körpers, die das Pepton durch Absorption oder Assimilation dem Blute entziehen, was namentlich durch den stets geringeren Peptongehalt des Venenblutes dem Arterienblute gegenüber bewiesen wird. Die Leber ist an diesem Process wahrscheinlich nicht besonders hochgradig betheiligt.

Die Behauptungen Schmid-Mühlheim's, dass das Blut in den Körper eingespritztes Pepton in wenigen Minuten zum Verschwinden bringe, beruht auf Täuschung, es geht $\frac{2}{3}$ des in Gefässe injicirten Peptons unverändert in den Harn über.

Zum Schluss deutet H. an, dass er sich vorstellt, dass das in der Darmschleimhaut verschwindende Pepton als Bildungsmasse für die in derselben stets reichlich entstehenden Leucocythen verwendet werde, auch das unverändert in's Blut gelangende Pepton denkt er sich nicht im Blute gelöst, sondern an zellige Gebilde gebunden.

In seiner zweiten Mittheilung giebt H. nach eigenen und fremden Beobachtungen ein Bild von der Verbreitung und Anordnung des lymphatischen Gewebes in Magen und Darm des Fleischfressers. Von dem Magen bis zum Dickdarm liegen unter der Drüsenschichte Lagen von Leucocythen, in der Magenwandung in dünnerer, in der Dünndarmwand in dicker Schicht, im Darm gegen die Muscularis mucosae durch eine derbere glashelle Bindegewebsschicht abgeschlossen, ausserhalb welcher nur wenige Leucocythen liegen. Besonders in den Zotten der Darmschleimhaut befinden sich dichte Anhäufungen, ja die zellige Infiltration betrifft häufig auch in intensivem Maasse die Epithelschicht der Zotten (aber nie die der Lieberkühn'schen Drüsen, die desswegen im Gegensatz zu den Zotten als Secretions- nicht als Resorptionsorgane erscheinen). Die von der Zottenoberfläche resorbirten Nahrungsstoffe werden durch den Flüssigkeitsstrom, der aus den oberflächlich gelegenen Zottencapillaren gegen die in der Achse der Zotte gelegenen Vene und das daselbst befindliche Lymphgefäss zieht, mitgeschwemmt und so den die Zotte ausfüllenden Leucocythen dargeboten. Mit dem diffus in Lagen angeordneten lymphatischen Gewebe wechselten und combiniren sich Lymphfollikel, wie es scheint ist das Auftreten des Lymphgewebes in der einen oder anderen Form sowohl von der Thierart abhängig als individuell wechselnd.

Besonders reichlich ist das Lymphgewebe entwickelt oberhalb Verengerungen des Digestionstractus, wo entweder eine energischere Auspressung oder ein längeres Verweilen der Ingesta stattfindet, so im Pharynx (Tonsillen etc.), in dem sogenannten Antrum pylori oberhalb des Pylorussphincters, oberhalb der Bauhin'schen Klappe und im Blinddarm beim Uebergang in das Rectum. Letzteres, in dem vorwiegend nur Wasserresorption stattfindet, ist meist nur spärlich mit lymphatischen Gebilden versehen.

Aus diesen und zahlreichen hier ohne Weitläufigkeit nicht mittheilbaren Beobachtungen und Ueberlegungen sucht H. zu beweisen, dass die Histologie überall da lymphatisches Gewebe nachweist, wo der Physiologe Resorption von Pepton findet, dass das lymphatische Gewebe zweckentsprechend für die Resorption angeordnet ist, und dass desswegen auch von anatomischer Seite die Vermuthung, dass die Leucocythen in früher

ungeahnter Weise an der Resorption der wichtigsten Nahrungsstoffe betheiligt sind, mehr und mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Einer späteren Mittheilung behält H. nähere Angaben über die Veränderungen des Leucocythengehaltes des Darms bei Hunger und Verdauung u. s. w. vor, er deutet nur an, dass dieselben bei dem in Verdauung untersuchten Darm vermehrt gefunden werden.

Die Arbeit Hanau's (11) wurde bei Kühne begonnen und im Klebs'schen Laboratorium vollendet, dieselbe enthält eine Reihe durch mühsame Versuche gewonnene, sehr interessante Ergebnisse, denen ein actuelles Interesse entgegengebracht werden dürfte, da sie auf den Choleraprocess ein gewisses Licht zu werfen geneigt sind. Hanau untersuchte an Hunden, die er vorher 24 — 48 h zur Entleerung ihres Darmes hatte hungern lassen, die reichliche Darmsaftsecretion, die in Darmschlingen auftritt, deren Mesenterialnerven man nach Armand Moreau (1868) durchtrennt hat.

Es wurde der Darm in der Continuität zweimal unterbunden und das dazwischen gelegene Stück oben und unten durchschnitten, in die isolirte Darmschlinge Canülen an beiden Enden eingebunden, alle Mesenterialnerven derselben auf das sorgfältigste aufgesucht und durchtrennt, die Darmschlinge reponirt, die Canülen nach aussen geleitet und der abfliessende Darmsaft in Kautschukballons aufgefangen. Die Hunde wurden um den Saft ohne Störung auffangen zu können, in der Ludwigschen Schwebe aufgehängt gehalten. Ueber die grossen Schwierigkeiten der exacten Trennung aller Nerven und die Details der Methode ist das Original zu vergleichen.

Die Secretion des Darmsaftes tritt entweder alsbald oder im Verlauf mehrerer Stunden ein, erreicht gewöhnlich ziemlich rasch eine bedeutende Höhe und beginnt 4 — 5 Stunden nach der Operation wieder zu fallen, um in einer Reihe von weiteren Stunden allmählig ganz zu versiegen. Der im Anfang noch Galle, Speisereste, Pankreasferment, Parasiten u. s. w. enthaltende Darmsaft wird nach einigen Stunden klarer, nur schwach opalescirend, allmählig mischen sich demselben immer reichlichere Schleimflocken bei, sodass schliesslich ein wahrer Flockenbrei abgesondert wird, über welchem sich beim Stehen nur eine geringe Menge Flüssigkeit mehr ansammelt.

Durch eine Reihe von Argumenten beweist Hanau, dass dieses Produkt der paralytischen Secretion kein Transsudat, keine einfache Absonderung aus dem Blute ist, sondern von Darmepithelien producirten gewöhnlichen Darmsaft vorstellt. Gegen eine Auffassung des Saftes als Transsudat spricht: Ein Stauungstranssudat würde in langsam aber constant zunehmender Menge abgesondert werden; die Reaction des Saftes ist viel stärker alkalisch als die des Blutes, der Eiweissgehalt auf der Höhe der Secretion, ehe reichliche Flocken auftreten, nur ein minimaler, die ganze Beschaffenheit des Saftes mit dem von aus Thiry'schen Darmfisteln gewonnenem Secret identisch. Dass der Darm, nachdem Reste von Pancreassecret aus der entnervten Schlinge ausgewaschen sind, ein Secret liefert, das keine Verdauungswirkung hat, spricht nicht gegen seine Eigenschaft als Darmsaft, denn diesem kommen nach neuen sorgfältigen Arbeiten bei Ausschluss von Beimischung von Pankreassaft und Abhaltung der Fäulniss keine verdauenden Wirkungen zu (Masloff; Ref.; Frick u. A.). Ueber den Grund des Zustandekommens der Secretion nach der Nervendurchschneidung spricht sich H. sehr vorsichtig aus, er betrachtet die Nerven vorläufig als Hemmungsnerven für die Secretion, die die Durchschneidung wegräumt, ausserdem erinnert er an die auf Nervendurchschneidung eintretende „paralytische Speichelsecretion", bei der aber doch die Verhältnisse etwas anders liegen.

Das Secret des entnervten Darmes gleicht auffallend dem Darminhalt bei Cholera, vollends aber die Schleimhaut des Darmstücks durch ihre Weichheit, Geschmeidigkeit und Feuchtigkeit der des Choleradarms, wie Kühne anerkannte. Neben der Quellung und Glätte der Schleimhaut fiel öfters eine rosige Injection des Darmes auf, die besonders hervortrat, wenn das glasige milchig gefärbte Epithel abgekratzt war. Die Darmsaftsecretion war oft sehr beträchtlich, eine Darmschlinge von 74 Centimeter Länge sonderte einmal 525 Cubikcentimeter Darmsaft ab, eine Menge, die die Blutmenge des 6078 Gramm schweren Thieres überstieg. In anderen Versuchen, wo kürzere Darmstücke entnervt wurden, wurden geringere Mengen, nur circa 1/2 der Blutmenge abgesondert, immer gingen aber die Thiere unter allmähligen Lähmungs- und Schwächungssymptomen zu Grunde.

Es ist durch diese Versuche der Beweis geliefert, dass bei der Cholera, wenn auch die profuse Darmsecretion durch eine Lähmung der Mesenterialnerven zu Stande kommen mag, doch der Wasserverlust keinenfalls die directe Todesursache ist, denn es fehlten, wie H. hervorhebt, bei seinen Versuchsthieren sämmtliche Symptome des Stadium algidum; die Hunde starben unter ganz anderen Symptomen als Cholerakranke, trotz der gewaltigen Wasserentziehung durch den Darm. Es dürften diese Versuche geeignet sein, Samuel's stets erneute Bestrebungen, die Symptome des Stadium algidum durch Wasserentziehung allein zu erklären, als wenig glücklich darzustellen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Darmsaftes kam H. zu dem Resultat, dass die schleimigen Fetzen im Secret aus Schleimkörperchen zusammengesetzt sind, die aus den Becherzellen (die nur ein Stadium der gewöhnlichen cylindrischen Darmepithelien darstellen) stammen; ihr Inhalt tritt namentlich unter dem Einfluss der alkalischen Reaction des Darmsafts besonders leicht aus, wie H. unter dem Mikroskop darthat. Eine eingehende Untersuchung der Moreau'schen Darmschlingen an Schnittpräparaten verspricht H. nachzuliefern.

Nicht verschweigen will ich, dass H. in vier Fällen, in denen er Circulationsstörungen in der Schlinge theils nachwies, theils annahm, Epithelabstossungen in der Schleimhaut constatirte. Das Secret war spärlich, enthielt Epithelzellen, wenig Kohlensäure, viel Eiweiss, stellte überhaupt mehr ein Transsudat dar. Die mehlsuppenartige Flüssigkeit zeigte meist starken Fischgeruch.

Wer denkt da nicht an den häufigen Spermageruch des Choleradarminhalts, in dem ja auch Störungen in der Blutversorgung, Infarcte etc. gar nicht selten sind.

Auf anhangsweise mitgetheilte interessante Versuche über Wasserentziehung bei Thieren durch Fütterung von Salzen oder Harnstoff werde ich zurückkommen, wenn sie ausführlicher mitgetheilt sind. K. B. Lehmann.

W. Müller: Experimentelle Erzeugung typischer Knochentuberculose. Centralblatt für Chirurgie. 1886. No. 14.

Es gelang Verfasser bei verschiedenen Thieren durch Injectionen von tuberculösem Material in die Arterien der unteren Extremitäten in der Nähe der Abgangsstelle der Arteria nutritiva tuberculöse Knochenherde zu erzeugen. Meist traten Veränderungen in der Diaphyse auf, aber einigemale wurden typische Herderkrankungen in den Gelenkenden aufgefunden, welche klinisch sich ganz analog den fungösen Gelenkerkrankungen der Menschen verhielten. R. v. Hösslin.

Dr. Eiselsberg: Beiträge zur Lehre von den Mikroorganismen im Blute fiebernder Verletzter und in geschlossenen Körperhöhlen. Wiener Medic. Wochenschr. 1886. No. 5, 6, 7, 8.

E. bestätigt in diesem sehr interessanten Beiträgen vor Allem die Angaben früherer Autoren, dass sich im Blute Gesunder niemals Mikroorganismen finden, durch eigene mikroskopische Untersuchungen und Züchtungsversuche. Ebenso ergab die Untersuchung des Blutes Carcinomkranker kein positives Resultat. Im Blute fiebernder Verletzter und Operirten wurden von 10 Fällen in der Mehrzahl derselben sowohl mikroskopisch als auch in der Cultur Eitercoccen und zwar meist der Staphylococcus pyogenes albus gefunden. Im Blute von drei Erysipelatösen fand E. in Uebereinstimmung mit der Angabe Fehleisen's keine Mikroorganismen. (Nach einer in einem Vortrag gemachten Mittheilung konnte Dr. K. Seitz, München, Streptococcen in der Milz von an Typhus Gestorbenen, welcher mit Erysipel complicirt war, nachweisen. Ref.) In 18 Fällen acuter Eiterungen fanden sich immer Eitercoccen und zwar der Staph. pyog. aureus und albus und der Streptococcus pyogenes. Passet.

Stetter: Compendium der Lehre von den frischen traumatischen Luxationen. Berlin 1886.

Bei der Lehre von den Verrenkungen, wo so viel auf geübten Formensinn, Kenntniss der anatomischen und mechanischen Verhältnisse d. i. des Luxationsmechanismus etc. ankommt, ist ein kurzer, präciser Führer für den Anhänger oder den Arzt, dem grössere Handbücher nicht zur Verfügung stehen, sicher recht wünschenswerth. In dem Stetter'schen Werkchen wird eine übersichtliche klare Darstellung der Luxationen mit Berücksichtigung der einschlägigen neueren Arbeiten (Bigelow etc.) geboten und mit Recht besonders die Behandlungs- d. h. Repositionsmethoden, die diagnostischen und differentialdiagnostischen Momente hervorgehoben, (wobei allerdings einige typische Abbildungen die Brauchbarkeit noch wesentlich erhöht hätten).

Besonders hervorzuheben ist, dass das wichtige und gar vielen Aerzten noch nicht recht bekannte Gebiet der Wirbelluxationen gebührend besprochen wird, ebenso dass die der Behandlung zuweilen entgegenstehenden sogenannten „Repositionshindernisse“ entsprechend angeführt werden. Warum St. eine eigene „Kocher'sche“ Repositionsmethode bei den Humerusluxationen nicht gelten lassen will, ist Ref. bei der Bedeutung der Methode nicht erfindlich, auch scheinen ihm bei den complicirten Fingerluxationen conservativere Ansichten wohl berechtigt. Im Allgemeinen wird das handliche Büchlein für alle die, denen grössere Werke nicht zur Verfügung stehen und besonders Anfängern zur Einführung in das wichtige Gebiet der Luxationen recht zu empfehlen sein, da gerade hier dem Arzte rechte Verlegenheiten erwachsen können, gerade hier Unkenntniss sich bitter rächt, richtige Kenntnisse aber die Schwierigkeiten oft leicht überwinden.

Schreiber-Augsburg.

K. Nicolaus: Eine neue Methode der Bruchreposition (Spontanreposition). Centralblatt für Chirurgie, No. 6, 1886.

N. empfiehlt von experimentellen Studien und theoretischen Erwägungen geleitet und überzeugt, dass Zugreposition an Stelle der bisher üblichen Druckreposition zu setzen sei, die Knieschulterlage zur Herabsetzung des intraabdominellen Drucks und zur Reposition, d. h. eine Stellung, bei der Patient auf das Lager sich kniet und nun Kopf und Schultern auf dasselbe herabsenkt, wodurch auch das Eigengewicht des Darm zum Entstehen eines Zuges in Betracht kommt und besonders bei vorheriger Entleerung von Blase, Rectum und Magen und bei gleichzeitiger Auswärtsrotation des Beines der betreffenden Seite d. h. Erweiterung der äusseren Oeffnung des Leistenkanals die Reposition bald sich vollzieht, wofür N. mehrere Beispiele verschiedener Hernien anführt.

Schreiber-Augsburg.

Dr. G. Eich: Die antirheumatische Wirkung des Antipyrins. Inauguraldissertation. Basel 1886.

Eich theilt die Erfahrungen mit, welche an der Immermann'schen Klinik bei Anwendung von Antipyrin als Antirheumaticum gewonnen wurden. Von 36 Fällen (acutem und chronischem Gelenkrheumatismus, acutem Muskelrheumatismus, Rheumatismus vagus) konnten sämmtliche mit Ausnahme von zwei als geheilt entlassen werden. Bei dem einen der ungeheilten Fälle konnten, wie a priori vorauszusehen war, die bereits durch den chronisch-rheumatischen Process gesetzten Veränderungen der Gelenke nicht beeinflusst werden, bei dem anderen konnte auch abwechslungsweise gereichte Salicylsäure keinen dauernden Erfolg erzielen. E. schliesst aus den in extenso mitgetheilten Krankengeschichten, dass dem Antipyrin eine äusserst prompte und zuverlässige antirheumatische Wirkung zuzuschreiben sei, die an Intensität derjenigen der Salicylpräparate nach keiner Richtung hin nachstehe. Die Heilwirkung sei aber ebensowenig wie die des Salicyls eine unfehlbare und es können ebenso dem Auftreten nur schwer oder gar nicht mehr reparabler Complicationen durch Antipyringabe nicht ganz sicher vorgebeugt werden. Bezüglich der Nachhaltigkeit der Wirkung könne noch nichts Bestimmtes geschlossen werden. Auch bei Affectionen des Endocards und der serösen Häute wurden günstige Erfolge beobachtet. Bei dem fast vollständigen Fehlen aller unangenehmen Nebenerscheinungen verdiene das Antipyrin sogar den Vorzug vor den Salicylpräparaten, zum Mindesten ergänzten sich beide Mittel in willkommener Weise, wenn das eine nicht vertragen werde.

Was die Dosirung betrifft, so wurden, wie aus den Krankenjournalen ersichtlich, meist Anfangs 4—6 g, später 2 g pro die verabreicht.

May.

M. Rosenthal: Magenneurosen und Magenkatarrh sowie deren Behandlung. Wien und Leipzig, 1886. Verlag Urban und Schwarzenberg. 193 S.

Der Verfasser bietet in der vorliegenden Monographie eine umfassende Darstellung der gastrischen Beschwerden, welche Nervenstörungen ihren Ursprung verdanken. Zunächst werden die sensiblen und motorischen, sodann die „digestiven“ Neurosen abgehandelt. Bei den ersten steht die Cardialgie, bei den zweiten das Erbrechen, bei den dritten die „nervöse Dyspepsie“ im Vordergrund des Interesses; der Verfasser widmet in breiter Ausführlichkeit den Cardialgien bei cerebralen und spinalen Leiden, bei Hysterie, bei Neurasthenie, bei Anämie und Chlorose, bei Malaria, bei Reflex auslösenden Reizen je eine besondere Darstellung. Dasselbe geschieht mit dem Erbrechen und der nervösen Dyspepsie. Die Frage, ob eine derartige Auseinanderzerrung klinisch zusammengehöriger Symptomencomplexe auf Grund des ätiologischen Moments berechtigt ist, soll hier nicht discutirt werden. Besonders fruchtbar erscheint die vom Verfasser gewählte Eintheilung nicht; speciell die Darstellung der „nervösen Dyspepsie“ dürfte weder durch die theoretischen Erörterungen noch durch die Mittheilung der 12 einschlägigen Beobachtungen unsere Kenntnisse bereichen. (Bei diesen Fällen wurde übrigens nicht ein einziges Mal durch geeignete Methoden untersucht, ob Secretion, ob Motion ob Resorption der nervösen Störung unterliege oder ob nur subjective Empfindungen das Bild beherrschen).

Der Besprechung der Neurosen folgt ein Abschnitt über Magenkatarrh und Magenerweiterung, in welchem die neueren diagnostischen Hilfsmittel gewürdigt werden und eine sehr beachtenswerthe kritische Zusammenstellung der therapeutischen Hilfsmittel bei diesen Krankheiten geboten wird.

C. v. Noorden.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studierende. Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg. 1886. 1. Hälfte. III. Auflage.

Indem wir uns eine ausführliche Besprechung des vorliegenden, bereits in seinen früheren Auflagen rühmlich bekannten, Werkes bis nach Erscheinen der II. Hälfte vorbehalten, wollen wir hier nur kurz bemerken, dass es sich hier nicht um einen wenig veränderten Abdruck der früheren Auflagen handelt, sondern dass der Inhalt in der That den Fortschritten der letzten Jahre entsprechend gründlich umgearbeitet und vermehrt wurde, während der Ausstattung seitens der Verlagshandlung die gleiche Sorgfalt wie früher zu Theil wurde.

Kopp.

Sayre A. Lewis Dr., Professor der orthopädischen und klinischen Chirurgie am Bellevue-Hospital etc. in New-York: **Vorlesungen über orthopädische Chirurgie und Gelenkkrankheiten.** Zweite sehr vermehrte Auflage mit 265 Holzschnitten. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. F. Dumont, Assistenzarzt der chirurgischen Poliklinik zu Bern. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1886.

Die gesammte „orthopädische Chirurgie und Gelenkkrankheiten“ dieses Autors erscheinen hier zum erstenmale in deutscher Sprache. Dass auf dem Gebiete der Chirurgie die Arbeiten der amerikanischen Autoren sich gerade durch ihre praktische Bedeutung auszuzeichnen pflegen, zeigt uns das vorliegende Buch des Prof. Sayre. Es giebt uns ein beredtes Zeugniss für den praktischen Geist, welcher die Vertreter der

chirurgischen Wissenschaft in Amerika beseelt und der ganz besonders in der Verwendung mechanischer Hilfsmittel der Therapie schätzbare Dienste geleistet hat.

Das Werk ist aus extemporirten Vorlesungen hervorgegangen, meist durch den klinisch vorzustellenden Fall beeinflusst. Die Vorlesungen sind kurz und präcis gefasst und in hervorragender Weise praktisch gehalten. Die reichhaltige Casuistik wird durch zahlreiche Abbildungen sehr veranschaulicht.

Sayre übergiebt das Buch den Fachgenossen als einen Beitrag, der, wie er hofft, den Studirenden befähigen wird, die für die Behandlung der Deformitäten und der chronischen Gelenkerkrankungen leitenden Grundsätze zu verstehen, und andererseits den befähigten Praktiker in den Stand setzen wird, seinen mit den hier beschriebenen Krankheiten behafteten Patienten helfend beizustehen. Es wird nun Sache des Lesers sein, das, was er wirklich praktisch findet, herauszunehmen und es seinem speciellen Falle anzupassen. Es dürfte ihm sicherlich beim Durchlesen des Buches gelingen, manchen nützlichen Wink für seine Praxis zu finden. Diehl.

Professor Dr. **A. Eulenburg: Realencyclopädie der gesammten Heilkunde.** V. Band. Wien und Leipzig. 1886.

Von der in diesem Blatte wiederholt empfohlenen Realencyclopädie liegt nunmehr der 5. Band vollendet vor, der den Buchstaben D ganz bringt, und E bis zu „Eihautstich“ führt. Der Band enthält neben vielen anderen interessanten Artikeln ausführlichere Essays z. B. über Dementia und Dementia paralytica von Mendel; Diabetes mellitus von Ewald; Diät und diätetische Curen von Kisch; Diphtheritis von Monti; Ei von Frommann.

Vereinswesen.

XIV. Deutscher Aerztetag

zu Eisenach am 28. Juni 1886.

(Originalbericht.)

Wenn wir auch schon durch Drahtnachricht den Lesern der Münchener medicinischen Wochenschrift die frohe Botschaft von dem guten und glücklichen Verlaufe des XIV. deutschen Aerztetages gebracht haben, so obliegt uns doch noch die Aufgabe, ausführlich über die Verhandlungen des Aerztevereinsbundes zu berichten, denen nach den allenthalben genügsam bekannten Vorgängen von Allen, die dem schönen Bunde ein warmes Interesse entgegenbrachten, nicht ohne Bangen entgegengesehen wurde.

Im Laufe des 27. Juni trafen allmählig die Theilnehmer und Delegirten der deutschen Aerztevereine in dem lieblich gelegenen Städtchen Eisenach ein, und noch an demselben Abend konnte im Gartensaale des Tivoli Heerschau über die aus allen Gauen Deutschlands herbeigekommenen Collegen gehalten werden. Es war ein frohes Leben und Treiben, ein herzliches Begrüssen und Austauschen von Erinnerungen, doch lag die Frage, was am nächsten Tage geschehen würde, den Delegirten sichtlich in den Gliedern, und Befreiung von einem drückenden Alp war es, als die sehr lange wegen einer letzten Sitzung abwesenden Mitglieder des Geschäftsausschusses in der Mitte der Versammelten erschienen, und man auf ihren Gesichtern lesen konnte, was auch bald von ihren Lippen kam, das erlösende Wort „Einigung“. Jetzt erst konnte man sich ganz den frohen und freudigen Gefühlen hingeben, und erst in später Stunde lichteten sich die Reihen.

Am Morgen des 28. Juni begannen im Saale der Clemdagesellschaft die Verhandlungen des XIV. deutschen Aerztevereinstages. Dieselben wurden eingeleitet durch eine formvollendete Rede des Vorsitzenden Dr. Graf-Elberfeld, in welcher er mit einem Rückblick auf die Vergangenheit die Missstände berührte, welche dem ärztlichen Stande aus dem Krankenversicherungsgesetze erwachsen, da den jüngeren Aerzten durch Monopolisirung eines Theiles der Arbeit in den Händen einiger Weniger der Anfang und die Gründung der Existenz enorm erschwert sei. Weiterhin auf die Angriffe des ärztlichen Standes seitens der Reichsregierung von des Tribüne des Reichstags aus hinweisend, entwickelte der Redner die Aufgaben und Ziele des Aerztevereinsbundes für die Zukunft und schloss mit dem Wunsche, dass immer Einigkeit herrschen möge; denn nicht äussere Feinde seien zu fürchten; der Bestand des Vereinsbundes könne nur durch innere Zwistigkeiten gefährdet werden.

Nach der sehr beifällig aufgenommenen Rede gab Graf-Elberfeld bekannt, dass er sich in der Angelegenheit der Standesvertretung der preussischen Aerzte mit einer Immediateingabe an den Fürsten Bismarck gewendet habe. Diese so dringliche Angelegenheit kam bisher deshalb nicht von der Stelle, weil sie immer mit der finanziellen Seite der Aufbesserung der Stellung der preussischen Medicinalbeamten verquickt war. Nur durch Abtrennung dieser Frage der staatlichen Vertretung der Aerzte in Preussen von der Finanzfrage war die Möglichkeit gegeben, der Verwirklichung des seitens der preussischen Aerzte allgemein gesetzten Wunsches näher zu treten. Auf diese Immediateingabe erfolgte durch den Fürsten Bismarck unterm 16. Mai d. J. der günstige Bescheid, dass die Frage in befürwortendem Sinne an das Cultusministerium hinübergegeben worden sei.

Hierauf erstattete Heinze-Leipzig den Cassabericht, und erfolgte die Wahl der Revisoren zur Prüfung des Rechnungsabschlusses durch Acclamation.

Alsdann wurde in die Behandlung eines Cardinal-Punktes eingetreten. Dieser wichtigste Punkt der diesjährigen Tagesordnung betraf den Ausgleich der zwischen dem Geschäftsausschuss und einigen Vereinen bestehenden Differenzen, deren Geschichte allen Lesern des „Vereinsblattes“ ohnehin genügend bekannt ist. Durch mehrere vorhergehende Sitzungen, welche die Mitglieder des Geschäftsausschusses mit Delegirten der dissentirenden Vereine abhielten, kam man, nachdem man sich gegenseitig Alles vom Herzen weggeredet hatte, was dasselbe bedrückte, durch Zugeständnisse von beiden Partheien zu der von sämmtlichen Mitgliedern des Aerztevereinsbundes so sehr gewünschten Einigung auf Grund folgender von den Mitgliedern der oben erwähnten Commission unterzeichneter Sätze:

1) Der Aerztetag, von der Nothwendigkeit überzeugt, dass im Vereinsblatt alle Anschauungen, auch die der jeweiligen Minoritäten zum Abdruck kommen können, dass das freie Wort und die freie Meinungsäusserung in sachlicher Beziehung keine Beschränkung erfahren soll, erachtet es für selbstverständlich, dass sowohl jeder Verein und dessen einzelne Mitglieder, wie auch die Redaction des ärztlichen Vereinsblattes sich jeder beleidigenden Aeusserung enthalten, selbst wenn es sich um berechtigte Abwehr gegen vorausgegangene Angriffe handelt.

2) Der Aerztetag ernennt eine Commission von 3 Mitgliedern, welche in zweifelhaften Fällen darüber entscheidet, ob eine Beleidigung, welche nicht zum Abdruck gelangen darf, vorliegt.

Aub. Bardeleben. Becher. Brähmer. Graf. Hadlich. R. Ruge. Wallichs.

Im Namen der freien Commission hatte der Referent über die ganze Verhandlung, Aub-Feuchtwangen, die Aufgabe, die Sache vor dem Plenum zu entwickeln, und er entledigte sich derselben in wahrhaft mustergiltiger, äusserst geschickter Weise. Wir stehen nicht an, die Meinung zu äussern, dass dieses Referat der Glanzpunkt der gesammten Verhandlungen des XIV. deutschen Aerztevereinstages gewesen ist. Der wesentliche Inhalt dieser Darlegung war, dass aus den Erklärungen des Vertreters von Niederbarnim die Mitglieder des Geschäftsauschusses die Ueberzeugung hätten gewinnen können, dass es nicht in der Absicht des Vereins Niederbarnim war, den Geschäftsausschuss zu beleidigen, andererseits konnte sich auch der Verein Niederbarnim davon überzeugen, dass die zwei Anträge des Geschäftsausschusses keinen speciellen Verein ins Auge gefasst, sondern nur eine ganz generelle Tendenz gehabt hätten. Man einigte sich über die Auffassung, dass der Ausschluss eines Vereins aus dem Bunde nöthigenfalls auch ohne eine eigene statutarische Bestimmung vom Plenum verfügt werden könnte.

Bezüglich des ersten Antrages des Geschäftsausschusses konnte man sich nicht verhehlen, dass eine Cautele geschaffen werden müsste, welche gestattet alle Gefahren fernzuhalten, die in der missbräuchlichen Anwendung des Beschlusses des XIII. Aerztetages liegt, und daraus entstand der zweite Antrag der freien Commission resp. Ziffer 2 des Antrags. Mit der Annahme der Anträge der freien Commission waren aber die beiden Anträge des Geschäftsausschusses gegenstandslos geworden und konnten fallen gelassen werden. Für die vom zweiten Absatze vorgesehene Commission schlug Aub die Herren R. Ruge-Berlin, G. Merkel-Nürnberg und Schuchardt-Gotha vor. Der Redner reihte daran die Bitte, besondere Skrupel unterdrücken zu wollen und die Absicht anzuerkennen, welche den Geschäftsausschuss erfüllt hat. Wenn diese Anträge, führte er aus, ihren Zweck erfüllen sollen, so scheint es unerlässlich, denselben ohne Discussion zuzustimmen. Wir beweisen damit, dass die Zwecke unseres Vereinsbundes und das Streben nach Einheit uns höher stehen als alle „Unterströmungen". Bei der hierauf eröffneten Discussion meldete sich Niemand zum Wort, und die Abstimmung ergab einstimmige Annahme der Anträge. Damit war das Band, das die Glieder des deutschen Aerztevereinsbundes umschlang und das nach den Vorgängen des letzten Jahres gelockert schien, wieder fester geknüpft, und eine neue, hoffnungsvolle und hocherfreuliche Perspektive auf die Zukunft des Bundes eröffnete. Wir brauchen wohl nicht zu betonen, dass mit der glatten Abstimmung und Annahme der Anträge der freien Commission Allen, die es mit der Zukunft des Aerztevereinsbundes ehrlich meinten, ein Alp von der Brust genommen war.

Nachdem der Vorsitzende der Versammlung die Mittheilung gemacht hatte, dass Heinze-Leipzig die Absicht kundgegeben habe, seine Stelle als Redacteur niederlegen zu wollen, jedoch auf Wunsch des Vorsitzenden die Geschäfte bis zum heutigen Tage fortgeführt habe, referirt Adae-Esslingen über den dritten Punkt der Tagesordnung „Bericht der Commission über die Art der Wahl des Geschäftsausschusses".

Die Anträge der aus den Herren Eschbacher-Freiburg, Siegel-Stuttgart und Adae bestehenden Commission lauteten:

1) 9 Mitglieder des Geschäftsausschusses werden von dem Aerztetage frei gewählt.

2) Diese cooptiren, thunlichst aus den sonst nicht vertretenen Theilen des Reiches, bis zu 6 Mitgliedern.

3) Der Ausschuss, einschliesslich der cooptirten Mitglieder, wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden, einen Stellvertreter desselben, und den Geschäftsführer.

4) Mit den 9 Mitgliedern zugleich wird für jeden derselben mit relativer Majorität ein Stellvertreter gewählt.

5) Die Mitglieder des Bureaus sind verpflichtet, über die Einzelnheiten der Abstimmung bei Wahlen völliges Schweigen zu beobachten und nach Feststellung des Wahlergebnisses die Stimmzettel sofort zu vernichten.

Adae vertrat diese Anträge der Commission in einem eingehenden, wenn auch etwas langem Referate, dem ausserdem ein etwas stark ausgesprochener particularistischer Standpunkt Eintrag that. Ein kürzeres, auf weitere Gesichtspunkte gestütztes Elaborat hätte nach unserer Empfindung hier besser gewirkt.

Vorzüglich wendete sich der Referent gegen die von einigen Vereinen postullirte Aufstellung von 15 nach geographischen Bezirken Deutschlands gewählten Ausschussmitgliedern. Ausserdem zielten die hauptsächlichsten Gegenanträge ab auf die Anstellung eines besoldeten Generalsecretärs (Berlin) und auf die Wahl des Vorsitzenden durch's Plenum der Versammlung (Berlin und Frankfurt). An der über diesen Punkt eröffneten, sehr langwierigen Generaldiscussion nahmen Theil die Herren Becher, Dressler, Grandhomme, Selberg, Dörfler, Aub, R. Ruge, Landsberger, Rintel, Szmula, Busch, Wallichs, Mendel, Eschbacher, Hadlich, Hüllmann und noch mehrere Andere, und die Verschiedenheit der Auffassungen und Ausführungen der Redner mussten wirklich den Zuhörern die Ueberzeugung bringen, dass die Frage zu wenig spruchreif war, um mit der Annahme principieller Aenderungen, wie sie in der Natur der Gegenanträge lagen, einen Sprung ins Ungewisse zu machen.

Deshalb wurde die Debatte auf Antrag geschlossen, und nachdem ein Antrag Mendel's, bei der Specialdiscussion und Abstimmung die Anträge der Berliner Vereine zu Grunde zu legen, mit Majorität abgelehnt war, wurde in die Specialdiscussion eingetreten.

Aub trat als der erste Redner warm für den ersten Commissionsantrag ein auf die Wahl von 9 Mitgliedern und betonte mit Recht, dass damit auch die principielle Frage der Aufstellung nach geographischen Bezirken entschieden sei, gegen welche umsomehr aufgetreten werden müsste, als die Generaldiscussion die grosse Schwierigkeit dieser Modalität zur Evidenz erwiesen habe. Nach einer langen Geschäftsordnungsdebatte wurde endlich der erste Antrag der Commission angenommen, ebenso der zweite mit einem Amendement, welches die Cooptation von 6 Mitgliedern vorschreibt. (Commissionsantrag „bis zu 6 Mitglieder"). Annahme fand weiterhin der dritte Antrag der Commission mit der Modifikation, dass die Schlussworte „und den Geschäftsführer" fallen gelassen wurden, wie auch der fünfte Commissionsantrag. Der vierte Antrag wurde als unwesentlich und die Geschäftsführung erschwerend trotz der Befürwortung durch Pfeiffer-Weimar ganz gestrichen.

Die principiellen Anträge der Berliner Vereine auf die Anstellung eines besoldeten Generalsecretärs wie auf die Wahl des Vorsitzenden durchs Plenum wurden nach lebhaftem Redeturnier von der Majorität abgelehnt. Ebensowenig Gnade fand ein Antrag Cnyriem's auf die Einführung von gestempelten Stimmzetteln, womit der Antragsteller das Ideal der geheimen Wahl zu erreichen glaubte.

Damit war dieser Punkt der Tagesordnung erledigt, und es erübrigt dem Referenten nur noch, der unermüdlichen Geduld und absoluten Sicherheit seine Bewunderung zu zollen, womit der Vorsitzende, Dr. Graf, seinen Weg durch die Menge von Anträgen und Amendements fand. Wie ein wackerer Pilot mit der festen Hand am Steuer führte er die Versammlung mit wahrer Meisterschaft durch die schwierigsten und verwickelsten Situationen ruhig und sicher zum endlichen Ziele.

Eine kurze Ruhepause, während welcher die Wahl des neuen Geschäftsausschusses bethätigt wurde, war alllen Delegirten nach diesem Punkte der Tagesordnung sehr erwünscht, und man freute sich der Ruhe umsomehr, als das Gefühl herrschte, dass nun das Schwerste überstanden sei.

Dr. L. Stumpf.

(Schluss folgt.)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

I. Congress zu München vom 17.—19. Juni 1886.

(Originalbericht.)

(Fortsetzung statt Schluss.)

Zweiter Tag.

5) **Sänger: Ueber die Beziehungen der gonorrhoischen Infection zu puerperalen Erkrankungen.**

Redner hat neue Beweise für die erschreckende Häufigkeit der gonorrhoischen Infection gesammelt und schätzt dieselbe auf 27 Proc. aller kranken Frauen. Zur Diagnose der gonorrhoischen Infection nimmt er nicht allein den objectiven Befund, sondern auch die Anamnese zu Hülfe. Im Wochenbett bieten gonorrhoisch inficirte Personen keine erhöhte Morbidität an puerperalen Erkrankungen, wohl aber kann es zu schweren, specifisch gonorrhoischen Erkrankungen der Tuben, des Parametriums und des Becken-Peritoneums kommen, welche leicht zu Verwechslungen mit specifisch puerperalen Erkrankungen führen können. Sehr leicht können gonorrhoisch erkrankte Tuben im Wochenbett Pelvioperitonitis bewirken. Besonders häufig kommen sogenannte „Spät-Infectionen" als Folge gonorrhoischer Erkrankungen vor. Die Prognose derartiger gonorrhoischer Erkrankungen im Wochenbett ist meist günstig. Die beiden Gifte haben nichts mit einander zu thun, doch können Mischformen von gonorrhoischen und puerperalen Infectionen vorkommen.

Discussion: Kaltenbach hat beobachtet, dass gerade gonorrhoisch inficirte Wöchnerinnen sehr häufig fiebern. Er hält die Gonococcen nicht, wie Sänger, für nur fähig, oberflächliche Erkrankungen zu setzen, sondern er glaubt, dass sie wohl im Stande seien, in die Tiefe zu wirken, weil sie sonst unmöglich so tiefe Erkrankungen wie Urethral-Stricturen beim Manne bewirken könnten.

Bumm hält die Anamnese bei der Diagnose der Gonorrhöe für vollständig werthlos und glaubt, dass ohne bacteriologische Untersuchung eine sichere Diagnose gar nicht gestellt werden könne. Er ist überzeugt, dass die Gonococcen nur in den obersten Schichten der Schleimhaut leben und nie bis in den Papillarkörper eindringen, namentlich sich aber niemals im Bindegewebe verbreiten. Die Parametrien und anderen tieferen Erkrankungsformen werden offenbar durch gleichzeitiges Eindringen von Eitercoccen bewirkt.

Mundé hält die Ansteckungsfähigkeit nicht für so sehr bedeutend, namentlich darf man nicht, wenn eine Parametritis entsteht, diese von einer lange vorher überstandenen und geheilten Gonorrhöe ableiten.

Säxinger hält die gonorrhoische Infection für bei Weitem nicht so häufig wie Sänger; er glaubt, dass man die Diagnose Gonorrhöe stellen kann bei intensiver Röthung und Schwellung des Papillarkörpers und bei kleineren Ecchymosen der Schleimhaut, wie sie Schröder als pathognomonisch anführt. Pyosalpinx kommt sicher auch ohne Gonorrhöe bei Virgines vor, wie er selbst beobachtet hat.

Winckel hat unter 700 Sectionen nicht einen einzigen Todesfall an gonorrhoischer Salpingitis beobachtet und ist der Anschauung, dass man aus dem öfteren Vorkommen gonorrhoischer Erkrankungen in Leipzig, wo durch die Messe ein starker Confluxus hominum entsteht, nicht auf die Häufigkeit derselben in anderen Städten schliessen dürfe. Seine Erfahrungen in Dresden und München sprechen gegen eine solche exorbitante Häufigkeit, wie sie Sänger berechnet hat.

Sänger hält seine ziffermässigen Angaben aufrecht und sagt, dass er auch ausserhalb der Messzeit viele Fälle von Gonorrhöe gesehen habe. Die puerperale Parametritis bei gonorrhoisch Inficirten führt er auf eine Mischinfection zurück, die Erkrankungen der Tuben sind sicher durch gonorrhoische Infection bedingt, was nicht ausschliesst, dass Tubenerkrankung manchmal auch durch andere Ursachen entstehen können. Auch die bacteriologische Untersachung ist nicht ganz sicher in Bezug auf die Diagnose Gonorrhöe, weil bei der Züchtung die verschiedenartigsten Coccenformen auftreten können.

Nachmittags-Sitzung.

6) Geheimrath **Winckel**-München demonstrirt ein Kaninchen, an welchem durch subcutane Injection einer Reincultur, die aus dem Herzblut einer an puerperaler Peritonitis verstorbenen Puerpera gewonnen worden war, am Rücken eine diffuse, scharf abgegrenzte Röthe mit gleichmässiger geringer Infiltration erzeugt wurde. Gleichzeitig war an demselben Kaninchen am Ohr eine cutane Impfung mit derselben Reincultur vorgenommen worden; es entstand hier ein zum Ohr hinabwanderndes, scharf abgesetztes, ächtes Erysipel mit durchschimmernder Röthe. Ausserdem wurden Reinculturen vorgezeigt, und zwar 1) die Reincultur aus dem Herzblute der Wöchnerin, welche zu der erwähnten Impfung verwendet worden war, 2) eine Reincultur von Erysipelascoccen, gewonnen aus der Gesichtshaut bei typischem Erysipelas faciei ohne Eiterbildung, endlich 3) zum Vergleiche eine Reincultur von Streptococcus pyogenes aus Phlegmone. Die beiden ersten Culturen erwiesen sich sowohl mikroskopisch als makroskopisch als völlig identisch und deutlich verschieden vom Streptococcus pyogenes. Redner sieht hierin einen Beweis, dass die Mikroorganismen des ächten Erysipels im Stande sind, typisches Puerperalfieber hervorzubringen, und dass die früher von Virchow gebrauchte Bezeichnung „Erysipelas malignum puerperale internum“ für gewisse Formen von Puerperalfieber seine volle Richtigkeit hat.

7) Professor **Elischer**-Budapest spricht über **Jodoform-Vergiftung.**

Redner sah bei einer Kranken, bei der wegen Ovarialtumors die Laparatomie gemacht und ausser dem Stiel noch einige durch Trennung von Adhäsionen hervorgerufene Wunden jodoformirt worden waren, eine typische Jodoform-Vergiftung mit allen Symptomen — Erbrechen, Delirien, Icterus, Jactation, Agrypnie etc. — auftreten. Die Gesammtmenge des angewendeten Jodoforms betrug in toto nicht mehr als 6 g, weshalb Redner im vorliegenden Falle eine Idiosyncrasie gegen Jodoform vor sich zu haben glaubt. Unter Anwendung von Excitantien genas die Kranke. Redner muss nach dieser Erfahrung ermahnen, in der örtlichen Anwendung des Jodoforms vorsichtig zu sein, namentlich aber bei Wunden, die man mit Jodoform behandeln will, alle klaffenden Gefässe exact zu schliessen. Als Therapie bei schon vorhandenen Vergiftungssymptomen empfiehlt er Excitantien im ausgedehntesten Masse — Wein, Cognac, Aether — nöthigenfalls Alcoholica per anum und ausserdem energische Anregung der Hautthätigkeit.

Discussion: Frommel glaubt, dass das kranke Bauchfell das Jodoform viel besser erträgt, als das gesunde. In drei Fällen von tuberculöser Peritonitis, in welcher er wegen irriger Diagnose die Laparotomie gemacht habe, jodoformirte er die Bauchhöhle, nachdem das Exsudat abgelassen war. Die Reconvalescenz verlief in allen Fällen ganz ungestört und die Peritonitis recidivirte nicht.

Slavianski (St. Petersburg) wendet das Jodoform sehr häufig an, hat aber nur einen Fall von Jodoform-Vergiftung nach Myomotomie mit extraperitonealer Stielversorgung bei einer sehr fetten Person gesehen. Der Fall endete tödtlich.

Schauta meint, es wäre verkehrt, das Jodoform deshalb aufzugeben, weil es toxisch wirkt; man müsste dann auch das Sublimat aufgeben. Natürlich zwingen derartige Fälle, wie sie Elischer und Slavianski beobachtet haben, zur grossen Vorsicht in der Anwendung des Jodoforms.

Hirschberg empfiehlt grosse Vorsicht bei der Anwendung des Jodoforms bei alten Leuten und bei Fettwunden. Tuberculöse Peritonitis kann nach Laparotomie ebenso gut auf Anwendung von Sublimat ausheilen. Er hat einen derartigen Fall beobachtet, wo in Folge irriger Diagnose die Laparotomie gemacht worden war; die Kranke erlag 8 Monate nach der Operation ihrer Lungentuberculose und bei der Section konnte die vollständige Ausheilung des Peritoneums constatirt werden.

Meinert (Dresden) hat beobachtet, dass tuberculöse Ergüsse überhaupt nach operativen Eingriffen häufig auf einige Zeit verschwinden.

Gräfe bestätigt, dass tuberculöse Peritonitis verschwinden kann, das Allgemeinleiden aber bleibt natürlich zurück und schreitet meist vorwärts. Er macht jedoch darauf aufmerksam, dass es Knötchen am Bauchfell giebt, welche nicht tuberculös sind, sondern einfach aus Granulationsgewebe bestehen.

Kaltenbach hat zwei Fälle von Jodoform-Intoxication gesehen, und zwar ebenfalls von Slavianski nach Myomotomie mit extraperitonealer Stielversorgung bei fetten, anämischen Personen.

Battlehner (Karlsruhe) glaubt, dass der sichere Nachweis der tuberculösen Natur eines Ergusses nur durch den Nachweis der Tuberkel-Bacillen gestellt werden kann. Analoge Fälle wie Frommel hat auch er beobachtet. Er macht endlich darauf aufmerksam, dass Symptome von Geistesstörung nicht immer auf Jodoform-Intoxication bezogen werden dürfen, wie ihm ein Fall bewies, in welchem nach 2 Jahren die Psychose recidivirte.

Olshausen und Prochownick bestätigen die vorgetragenen Beobachtungen über die Tuberculose des Peritoneums.

Chrobak (Wien) wendet seit 5 Jahren in ausgedehntester Weise Jodoform an, allerdings nicht in grossen Mengen — bis zu höchstens 6 g; — Intoxications-Symptome hat er nie gesehen, nur einmal trat vorübergehende Störung des Sensoriums ein. Da das Jodoform durch die Nieren ausgeschieden wird, ist ganz besonders auf die Intactheit dieser Organe zu achten.

Säxinger (Tübingen) hat in einem Falle von tuberculöser Peritonitis wegen irrthümlicher Diagnose laparotomirt. Obwohl die Tuberkel ungemein dicht sassen, erhalte sich die Kranke nach der Operation doch vollständig.

8) **Schatz-Rostock: Ueber Geschwüre der Harnblase.**

Redner sieht von den durch Catheterismus entstandenen Geschwüren, den Ulcerationen bei Cystocele etc. ab und giebt zunächst casuistische Mittheilungen über diphtherische Geschwüre der Blase bei Retroflexio uteri gravidi und nach schwerer Entbindung. In eingehender Weise bespricht er ferner zwei Fälle von tuberculösen Geschwüren der Blase. Im ersten Falle bestand ein thalergrosses Ulcus ohne Wallbildung, das sich hart und klebrig anfühlte, an der Vorderwand und oberhalb der Symphyse; es bestand Harndrang und Pyurie bei sauerer Reaction des Harns. Durch Blasenausspülungen mit Lösungen von Argentum nitricum erfolgte Besserung. Im zweiten Falle fand sich ein ähnliches, etwas höher sitzendes Geschwür bei einer blühend aussehenden Frau, die an Pyurie und Haematurie bei sauerer Reaction des Harns litt. Da eine sofortige Behandlung unmöglich war, vergrösserte sich das Geschwür innerhalb eines halben Jahres beträchtlich. Redner entschloss sich, nachdem die gewöhnlichen Mittel erfolglos waren, zur operativen Entfernung des Geschwürs, indem er die Sectio alta machte und die Blase partiell resecirte; es wurde genäht und am unteren Wundwinkel eine fingerdicke Fistel gelassen, durch welche die Nähte der Resectionswunde herausgeleitet und ein Drain eingelegt wurde. Die Untersuchung des excidirten Geschwürs ergab Tuberkel, aber keine Bacillen, letzteres vielleicht wegen der Art der Präparation; es handelte sich demnach um ein tuberculöses Geschwür. Auch in anderen Fällen von Geschwürsbildung in der Blase, wobei die Blase stark contrahirt war, handelte es sich wahrscheinlich um tuberculöse Geschwüre. Redner empfiehlt dringend das von ihm geübte operative Verfahren, weil man dadurch das Leben geradezu verlängern könne; es muss jedoch die ganze Basis des Geschwürs und die unterliegende Blasenmusculatur fortgenommen werden.

Discussion: Hirschberg bekennt, dass er sich sehr schwer zu einem solchen Vorgehen, wie es Schatz empfiehlt, entschliessen würde. Die Sectio alta ist eine keineswegs ungefährliche Operation, denn es bleiben nicht selten Urinfisteln bestehen, die nicht mehr heilen. Bei saurer Reaction des Harns muss man daran denken, dass die Erkrankung weiter oben in den Harnwegen sitzt. H. würde, bevor er sich zur Operation entschlösse, jedenfalls alle anderen Mittel aufbieten, um die Heilung zu versuchen.

Veit (Berlin) hat die Ueberzeugung nicht gewinnen können, dass die Sectio alta ein so sehr gefährlicher Eingriff für die weibliche Blase sei; er hat auf der Schröder'schen Klinik in drei Fällen günstige Erfolge gesehen.

Hirschberg will in Bezug auf die Sectio alta keinen Unterschied zwischen Männer und Frauen gemacht wissen und bestreitet entschieden die Ungefährlichkeit bei Frauen. Er hat in 2 Fällen von Auslöffelung der Blase Erfolg gesehen. Es ist bekannt, dass die Tuberculose der Harnwege von oben nach unten steigt, ein Verhalten, das bei operativen Eingriffen sehr ins Auge gefasst werden müsse.

Schatz erwähnt, dass er sich in dem vorgetragenen Falle zur Operation erst entschlossen habe, als längeres Zuwarten unthunlich war; er glaubt nach wie vor, dass die weibliche Harnblase gegen Eingriffe toleranter sei, als die des Mannes.

9) **Dr. Zeiss-Erfurt: Ueber die Radical-Operation der Retroflexio uteri nach Alexander-Adams.**

Alexander Adams' Methode, die Reflexio uteri durch Verkürzung der Ligamenta rotunda zu heilen, hat seit ihrer Veröffentlichung eine Reihe von Einwänden erfahren. Es wurde eingewendet, dass die Operation die bei der Retroflexion vorhandene Dehnung der Ligamenta sacro-uterina unberücksichtigt lasse und dass sie, statt eine Anomalie zu beseitigen, nur eine andere herstelle. Fritsch endlich spricht mit den Worten „Wer mit Pessarien umzugehen versteht, kann die Operation entbehren“ über jeden, der sie ausführt, das Urtheil. Trotz dieses Ausspruches glaubt Redner, dass es Fälle giebt, für welche die Pessarbehandlung nicht ausreicht und dass auch der Geübteste Fälle erlebt, wo er trotz aller Kunst Schiffbruch leidet. In drei Fällen, wo alle Pessarbehandlung vergeblich war, hat Redner die Operation ausgeführt und zwar mit gutem Erfolge; im ersten Falle entstand aber eine kleine Hernie und der 3. Fall ist erst vor ganz kurzer Zeit operirt. In allen Fällen ist der Uterus bis jetzt in richtiger Lage verblieben, die letztoperirte trägt jedoch noch ein Pessar. Der Uterus muss jedoch, wenn die Operation Erfolg haben soll, beweglich sein, Zur Beseitigung des Prolapsus uteri, zu welchem Zweck die Operation auch empfohlen worden ist, besitzen wir andere ausreichende Operationen.

Discussion: Slavianski (St. Petersburg) hat die Operation 9 mal ausgeführt, jedoch die Erfahrung gemacht, dass häufig die Enden der Ligamenta rotunda nicht zu finden sind. In den Fällen, wo sie gefunden wurden, (unter seinen Fällen 5 mal) ist die Operation leicht auszuführen. Er hat mehrfache sehr gute Erfolge erzielt, indem der Uterus noch nach langer Zeit normal lag und die Verkürzung der runden Bänder die physiologische Beweglichkeit des Organs keineswegs hinderte. Uebrigens gelingt es auch an Leichen sehr häufig nicht, die vorderen Enden der runden Mutterbänder im Leistenkanale zu finden.

Küstner hat in 2 Fällen, wo die Lage des Uterus durch Pessare nicht zu korrigiren war, die Operation gemacht, aber mit ungenügendem Erfolge, indem der Uterus retroflectirt blieb. Er hält die Operation nur für angezeigt, wenn der Uterus aufrichtbar und leicht in seiner Lage zu erhalten ist und wenn es aus irgend einem Grunde das Tragen des Pessars unthunlich ist. Die runden Bänder hat er jedesmal gefunden, auch andere unangenehme Vorkommnisse hat er nicht beobachtet. Die Reaction war stets fieberlos und immer trat prima intentio ein. Er hat die Bänder um ca. 6 cm verkürzt.

Slavianski ist der Anschauung, dass wenn man die Bänder nur 6 cm weit vorzieht, der Uterus sich noch nicht nach vorne bewegt; ausserdem ist man alsdann noch nicht sicher, ob man nicht willkürliche Muskelfasern von den schiefen Bauchmuskeln vorgezogen hat. Man muss die Bänder jedenfalls 11 cm weit vorziehen und um so viel verkürzen.

Mundé (New-York) hat unter 6 Fällen 3 mal die Ligamente nicht finden können. Wo sie gefunden wurden und wo der Uterus beweglich und nicht adhärent war, war auch der Erfolg ein guter und bleibender. Ausser längerer Eiterung hat er üble Zufälle nicht beobachtet. Er will ebenfalls die Operation auf jene Fälle beschränkt wissen, wo der Uterus beweglich ist und wo man mit Pessarien nicht auskommt. Die Operation hat demnach allerdings eine Zukunft, aber eine beschränkte.

Winckel hat die Operation noch nicht gemacht, weil die Resultate in England und Amerika keineswegs aufmunternd sind, indem die Frauen die Pessarien nicht los geworden sind. Wenn nun ferner die Kranken, wie der eine Fall von Zeiss beweist, noch einen Bruch davontragen können, und wenn man, wie Slavianski sagt, unter 9 Fällen 4 mal die Ligamente nicht findet, so sind dies fernere durchaus nicht aufmunternde Momente. Die ersten Operationen dieser Art sind übrigens von Schede in Hamburg ausgeführt worden und sollen gut ausgefallen sein; wir haben aber in Deutschland noch kein Recht, über die Operation günstig zu urtheilen, weil noch zu kurze Zeit verflossen ist und die endgültigen Resultate noch nicht zu beurtheilen sind.

10) **Dr. Skutsch-Jena: Ueber Beckenmessung.**

S. demonstrirt einen neuen Beckenmesser, der es ermöglicht, den queren Durchmesser des Beckeneingangs direct zu messen. Derselbe stellt eine Combination der Freund'schen und der Küstner'schen Methode dar. Die Handhabung des Instruments ist eine sehr einfache und leichte. Eine genaue Beschreibung wird demnächst veröffentlicht werden.

Küstner zeigt ein von ihm neuerdings construirtes Instrument, das zur directen Messung des Querdurchmessers im Beckeneingang dient; es ist ein scheerenartiges Instrument mit

grossen Knöpfen, die von innen an die Endpunkte des Querdurchmessers gebracht werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Scheide sehr schlaff und dehnbar ist.

11) **Dr. Firnig** (Köln) demonstrirt ein **spondylolisthetisches Becken,** dessen Trägerin, 25jährige Ipara, durch die Sectio caesarea (Methode Frank) von einem lebenden Kinde entbunden wurde. Sie starb 12 Tage nach der Operation an embolischen-Infarkten; die Uteruswunde erwies sich bei der Section als völlig frei. Das Kind blieb am Leben. Bezüglich der Aetiologie der Spondylolisthese wurde nichts Bestimmtes ermittelt; die Einsattlung in der Kreuzgegend war schon an dem 5 Jahre alten Kinde bemerkt werden und die Mutter soll dieselbe Sattelbildung in der Kreuzgegend gehabt haben.

(Schluss folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 23. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Siegmund.

(Schluss).

Es folgt der Vortrag des Herrn

Posner: Ueber die sogenannten Amyloid-Körper der Prostata.

Seitdem Virchow im Jahre 1853 den Nachweis erbrachte, dass die eigenthümlich geschichteten Körper, die in der Prostata eines jeden Erwachsenen zu finden und vorher von Purkinje beschrieben worden sind, mit Jod blau bis blau-violette Färbung geben, haben diese zierlichen Gebilde das Interesse der Mikroskopiker und Pathologen dauernd in Anspruch genommen. Allein dieses ist bis jetzt nur äusserlich geblieben und die Kenntniss dieser Körper ist seit den ersten Arbeiten nicht gefördert worden. Selbst über den fundamentalen Punkt, ob diese Körper mit der amyloiden Degeneration Verwandtschaft zeigen, ob sie als amyloide Substanz aufzufassen sind, selbst darüber herrscht keine Uebereinstimmung bei den Autoren. Auch die Lehrbücher gehen über diesen Punkt leicht hinweg. Ein Fortschritt in unserer Erkenntniss dieser Produkte schien angebahnt zu sein durch die Untersuchungen Stilling's (Strassburg), der diese Körper als echtes Amyloid auffasst und letzteres nach der Theorie von Recklinghausen nicht als eine Infiltration von abgelagerten Stoffen, sondern als eine echte Degeneration erklärt.

Redner hat die Entwickelung dieser Körper studirt und sich zwei Fragen vorgelegt: 1) Handelt es sich um Amyloid? 2) Wenn das der Fall, entsteht das Amyloid dadurch, dass ein präformirter Körper, das Hyalin im Prostatasaft, zur Ausscheidung kommt, der erst später zu Amyloid wird? P. muss beide Fragen verneinen.

In Betreff der ersteren ist zu constatiren, dass sich amyloide Substanz mit Jod burgunderroth färbt und erst durch Zusatz von Schwefelsäure in blau übergeführt wird, dagegen sich die Corpora amylacea von vornherein mit Jod blau färben. Carmin und Haematoxilin geben mit Amyloid negative, mit den Corp. amyl. positive Reactionen. Durch Bromwasser mit Schwefelsäure erhält man bei den Prostatakörnern eine Reaction, die weder Amylum noch Amyloid geben.

Wichtiger ist die zweite Frage: Tritt die amyloide Reaction erst ein bei denjenigen Corpora, die schon länger mit dem Prostatasaft in Contact gewesen sind, also bei den älteren? Dazu war es nöthig, die Anfangstadien dieser Gebilde zu studiren. Geleitet durch den von Fürbringer gelieferten Nachweis, dass das Prostatasecret eiweissreich ist, bediente sich P. zu seinen Untersuchungen der Kochmethode. Er konnte auf diese Weise feststellen, dass schon kleine Corpora amylacea die charakteristische Jodreaction geben; 2) dass bei grösseren Körpern bald der Kern, die älteste Substanz, bald eine der Schichten, bald die Peripherie specifisch reagirten. Bei Anwendung von Doppelfärbungen färbten sich verschiedene Theile der Corpora verschieden. Daraus war der Schluss zu ziehen, dass es sich nicht um amyloide Degeneration handelt, sondern dass zweierlei Substanzen dabei in Betracht kommen, die eine, welche die Eigenschaften einer einfachen albuminösen Substanz besitzt, verwandt etwa mit den Harncylindern, die auf Jod gelb, auf Methylviolett blau reagirt, die andere eine Substanz von specifischen Eigenschaften, welche die oben erwähnten Reactionen hervorbringt und sich bald scharf abgrenzt von der erst erwähnten Substanz, bald dieselbe imprägnirt.

Wenn es sich nach diesen Untersuchungen um zweierlei Substanzen handelt, so war es Aufgabe, die zweite specifische herauszubringen. Redner ist das nicht mit Sicherheit gelungen, doch will er sich erlauben ein Hypothese vorzubringen. Suchen wir nach einer Analogie, so erinnern uns die Prostatakörner an die Corpora amylacea des Nervensystems und an die, welche im Dotter des Hühnereies gefunden werden. Es ist nun wahrscheinlich, dass bei diesen das Lecithin eine grosse Rolle spielt. An das Lecithin aber bei den Prostatakörnern anzuknüpfen haben wir gewiss Veranlassung, seitdem wir durch Fürbringer wissen, dass der Prostatasaft eine grosse Menge Lecithin enthält, dass die Corpora amylacea Lecithin enthalten, welches Fürbringer rein aus denselben dargestellt hat. Als endliche Unterstützung seiner Deutung möchte er noch auf zwei Präparate verweisen, aus denen zu ersehen ist, dass innerhalb dieses Prostatasaftes Krystalle zur Ausscheidung kommen theils nadelförmig, theils in Blättern sich darstellend, die in Säuren und Alkalien unlöslich sind, nicht mit Jod und Schwefelsäure reagiren, sich aber in Alkohol und Aether lösen. Er glaubt, dass es sich hierbei um Lecithin handle.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Originalbericht.)

VII. Sitzung am 25. Mai 1886.

2) Professor **Hertwig: Ueber die Abänderung der inneren Befruchtungsvorgänge.**

Professor Hertwig sprach über die Erscheinungen, welche eintreten, wenn man Eier, welche mit Sperma zusammengebracht d. h. besamt worden waren, mit 0,5 Proc. Chorallösung 10 Minuten lang behandelt, bevor noch Ei- und Spermakern sich vereinigt und die inneren Befruchtungsvorgänge ihren Abschluss gefunden hatten. Er stützt sich dabei auf Untersuchungen, welche an den Eiern von Seeigeln angestellt worden waren. Im Ganzen wurden vier Serien untersucht. Die erste Portion Eier wurde eine Minute nach der Besamung chloralisirt, die zweite nach $1^1/_2$ Minuten, die dritte nach 5, die vierte nach 15 Minuten.

Bei der letzten Serie war bei einem Theil der Eier die Vereinigung der Geschlechtskerne vollzogen, bei einem anderen Theil lagen beide Kerne wenigstens nahe bei einander. Bei den übrigen Serien war ein mehr oder minder grosser Zwischenraum vorhanden. Sofern die Vereinigung der Kerne noch nicht erreicht war, wurde eine weitere Annäherung durch die Chloralbehandlung verhindert. Ebenso unterblieb, resp. wurde rückgängig gemacht die Bildung der Strahlenfigur um den Spermakern. Strahlung trat erst $1^1/_2$ Stunden nach beendeter Chloralbehandlung auf und auch diese war anfänglich nur undeutlich.

Allen Serien war ferner gemeinsam, dass beide an der Vereinigung verhinderten Kerne sich faserig differencirten und complicirte Figuren lieferten, welche wenigstens in der Ausbildung von 4 Ecken mit der als Tetraster bekannten Kernfigur übereinstimmten, im Uebrigen sich aber wesentlich von ihm unterschieden. Der „Pseudotetraster" entwickelte sich bei Ei und Spermakern in verschiedener Weise und liessen sich beide meist auch dauernd unterscheiden. Die beiden Pseudotetraster können sich bei genügender Annäherung aneinander legen und eine combinirte Kernfigur mit 6 oder 8 Ecken ergeben. Mochte nun die Aneinanderlagerung erfolgt oder unterblieben sein, stets trat nach einiger Zeit Kerntheilung ein. Es entstanden ebenso viel Haufen von Kernbläschen als Attractionscentren oder Kernecken vorhanden waren. Die Kernbläschen flossen zu Kernen zusammen; die aus einem Kern entstandenen Tochter-

kerne vereinigten sich schliesslich wieder, sodass abermals zwei Kerne im Ei lagen, von denen der eine im Wesentlichen mit dem Eikern, der andere mit dem Spermakern identisch war.

4—5 Stunden nach der Befruchtung begannen unregelmässige Furchungen des Eies, wobei meist die Theilstücke durch Plasmabrücken untereinander verbunden blieben.

Aus den mitgetheilten Untersuchungen erhellt, dass man durch Chloralbehandlung die Vereinigung der Geschlechtskerne und damit den wichtigsten Endact der Befruchtung verhindern kann. Da die Kerne dabei lebenskräftig bleiben und sich weiter verändern, das Protoplasma dagegen Erscheinungen zeigt, welche man auf Lähmung seiner Contractilität beziehen muss, kann mit grosser Wahrscheinlichkeit der Satz aufgestellt werden, dass die Vereinigung der Geschlechtskerne im Ei durch die Contraction des Protoplasma, nicht durch eine Anziehungskraft, welche beide auf einander ausüben, herbeigeführt wird. Von weiterem Interesse sind die Beobachtungen, dass die Kerne der Spermatozoen im Protoplasma des reifen Eies die Fähigkeit der Theilung wiedergewinnen, während sie, in das Protoplasma unreifer Eier eingedrungen, unverändert bleiben. Das Gegenstück hierzu liefert der Eikern, welcher ja auch im unbefruchteten Ei sich nicht verändert, im befruchteten Ei dagegen, auch wenn der Spermakern sich nicht mit ihm vereinigt hat, eine faserige Differencirung erleidet. Es müssen somit intensive Wechselwirkungen zwischen den Kernern und dem umgebenden Protoplasma Statt haben.

Professor Kupffer frägt an, wie sich nach der von Prof. Hertwig vorgenommenen Zerstückelung des Eies jener Theil verhalte, in dem nur ein Spermakern und kein Eikern sich befand?

Professor Hertwig erwidert, dass der Spermakern Spindeln bilde; ob dieser Spindelbildung Theilung folge, könne er nicht sagen, da die Untersuchungen in dieser Richtung noch nicht genügend gediehen seien. Das den Eikern enthaltende Stück werde normal befruchtet, theile sich und bilde sogar eine Gastrula.

Schliesslich erwähnt Dr. Rückert, dass er im Parablast von normalen Selachiereiern ähnliche Spindelfiguren, wie sie Professor Hertwig im gelähmten Seeigelei beschrieben habe, gefunden hätte. Diese Figuren sind sehr chromatinreich, das Protoplasma aber sei spärlich.

Professor Hertwig bemerkt, dass wenn viel Spermatozoen in ein Ei gelangten, viele Spindeln, bis zu zehn, entstehen könnten, die radienartig von einem Centrum ausstrahlten. Ihre Ecken seien abermals durch Spindeln verbunden. Alle Spindeln sind mit einer Mittelplatte versehen, die sich dann nachträglich spaltet.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft Würzburg.

(Originalbericht.)

XII. Sitzung, am 19. Juni 1886.

Der Vorsitzende Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Gregor Schmidt eröffnet die Sitzung, indem er dem verstorbenen Mitglied der Gesellschaft Professor Dr. v. Gudden einige warme Worte der Erinnerung widmet. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verschiedenen durch Erheben von den Sitzen.

Herr **Rosenberger: Ueber Resectionen an der oberen Extremität mit Krankenvorstellung.**

Rosenberger bespricht zunächst kurz die Geschichte, Indication, Technik und Prognose der Handgelenksresectionen und demonstrirt dann einen von ihm operirten Fall. Derselbe betrifft ein 17jähriges sonst gesundes Mädchen, bei dem sich Ende 1884 die ersten Zeichen einer fungösen Handgelenksentzündung entwickelten. Der krankhafte Process machte sehr rasche Fortschritte, sodass die Patientin schon nach kurzer Zeit in R.'s Privatklinik zur Amputation des Vorderarms geschickt wurde. Auf seine früheren Erfahrungen gestützt machte jedoch R. nicht sofort die Amputation, sondern versuchte zunächst durch Resection des Handgelenkes alles Kranke zu entfernen, was auch vollständig gelang. Die Resection wurde von dem v. Langenbeck'schen dorsoradialen Längsschnitt aus unternommen; die Epiphysen der Vorderarmknochen und ebenso das Os pisiforme und Multangulum majus konnten zurückgelassen werden, nachdem die erkrankten Partien dieser Knochen ausgekratzt worden waren; die erkrankte Kapsel wurde in toto exstirpirt, Tuberkelbacillen wurden in den Granulationen nicht gefunden. Zur Drainage wurde eine Gegenincision auf der volaren Seite des Carpus gemacht und durch dieselbe ein Drainrohr hindurchgezogen. Für den Abfluss der Wundsecrete wurde auf diese Weise am Besten Sorge getragen und wird diese volare Gegenöffnung für ähnliche Fälle dringend empfohlen, da sie bei ihren grossen Vorzügen keinerlei Gefahren mit sich bringt. Die Heilung erfolgte unter dem Lister'schen Verband ohne Störung. Bei der heutigen Vorstellung — etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation — ist das definitive Resultat ein vorzügliches. Die Erkrankung ist vollständig ausgeheilt und die Function der Hand annähernd normal. Patientin kann das Handgelenk activ dorsal und volarwärts flectiren, ab- und adduciren, alle Bewegungen der Finger sind möglich, nur vermag die Patientin nicht die Hand zur Faust zu ballen. R. erklärt dies dadurch, dass durch die stattgehabte Verkürzung die Flexoren in ihrer Wirkung beeinträchtigt sind und räth daher die Hand nach der Resection in stark dorsalflectirter Stellung zu verbinden, ja eventuell sogar eine feste Ankylose in dorsalflectirter Stellung der Hand zu erstreben. Ein Patient, den er vor Jahren wegen Fungus der Handgelenke total resecirte, hat bei dieser Stellung der Hand seine volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt. Wichtig ist es, frühzeitig active und passive Bewegungen der Finger vorzunehmen, um einer Steifigkeit derselben vorzubeugen, ebenso wird durch Massage und Elektricität für Kräftigung der Musculatur gesorgt. R. hat bisher 6 mal das Handgelenk resecirt und fordert nach seinen Erfahrungen dazu auf, diese bisher nicht gut renommirte Operation öfter zu versuchen. Von den 6 operirten Patienten heilten 4 mit sehr gutem functionellem Resultat aus, bei 2 resultirte ein bewegliches Schlottergelenk, das jedoch den Gebrauch des Armes nicht beeinträchtigte.

Herr **Kirchner: Ueber Ohrverletzungen** (mit Demonstration).

Der Vortragende theilt eine Reihe von Beobachtungen über einfache und complicirte Verletzungen des Trommelfelles mit, die zum Theil in der otiatrischen Poliklinik, zum Theil im Juliusspital von ihm behandelt wurden. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass bei Beurtheilung derartiger Verletzungen hauptsächlich darauf zu achten ist, ob nur der schallleitende oder auch der schallempfindende Apparat des Gehörganges in Mitleidenschaft gezogen ist. Nach eingehender Schilderung der Entstehung und des Verlaufes der durch directe oder indirecte Gewalteinwirkung entstandenen Trommelfellrupturen erfolgt noch die Mittheilung über 3 Fälle von indirecter (Riss-) Fractur des Hammergriffes nach Kopfverletzungen.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Originalbericht.)

Sitzung am 10. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Dr. Giulini.

Herr Dr. Ullmann beendet in ausführlichem Vortrage sein in der vorhergehenden Sitzung begonnenes Referat über die Erkrankungen des Nervensystems unter den Angehörigen der deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. (Sanitätsbericht, 7. Bd., 4. Medicinischer Theil, B.)

Herr Dr. Göschel berichtet über einen Akromionbruch, welcher durch Fixirung des Armes nach oben und rückwärts vermittelst elastischen Zuges zu befriedigender Heilung gebracht wurde.

Herr Dr. Carl Koch schildert einen Fall von mehrfachem Scapularbruch mit verschieblichem oberem und unterem Winkel und theilt einen Fall von Luxation des Vorderarmes nach unten und hinten mit, dessen Einrichtung nach vergeblicher

Anwendung der üblichen Methoden durch directen Druck bei senkrecht erhobenem Oberarm und gebeugtem Vorderarm leicht gelang.

Herr Dr. Gottlieb Merkel berichtet über einen Todesfall bei einem jugendlichen Vaganten, welcher unter den Erscheinungen einer schweren Allgemeinerkrankung — Diagnose schwankend zwischen Typhus und Miliartuberculose — nach nur kurzem Spitalaufenthalt im städtischen Krankenhause starb. Die Section ergab keine Tuberculose, geringe Darmaffection und Milzschwellung. Aus der Milz wurden auf Gelatine Typhusbacillen cultivirt, welche sich durch ihr Verhalten im hängenden Tropfen, durch ihr weiteres Wachsthum und besonders durch das Wachsthum auf Kartoffeln wohl charakterisirten. Der Vortragende bemerkt dabei, dass es im Krankenhause wohl gelungen sei, aus den Typhusstühlen die bekannten Bacillen zu züchten, nicht aber aus den den Roseolen entnommenen Blutgeweben. Die Wucherung der Bacillen in der todten Milz, welche Fränkel und Simonds berichten, konnte er nie constatiren.

Anknüpfend an die Thatsache, dass Rosenbach in Göttingen aus dem Eiter eines tetanischen Menschen dieselben Bacillen gezüchtet hat, welche Nikolaier in der Göttinger Gartenerde als Tetanus erregend cultivirt hat, theilt Dr. Gottlieb Merkel mit, dass ihm Herr Dr. Nebinger, Chirurg des Krankenhauses zu Bamberg, als feststehende Thatsachen mitgetheilt habe, dass bei den Bamberger Gärtnern auffallend häufig Tetanus nach Fingerverletzung vorkomme: es sei dies ein Umstand, der seit längerer Zeit allen Bamberger Collegen wohl bekannt sei. Die Vermuthung, dass hier Infectionen durch Gartenerde vorlägen, liege nicht so ferne!

Herr Dr. Stepp theilt die Krankengeschichte von aufsteigender acuter Spinalparalyse einer 28jährigen Frau mit. Lähmung der unteren Extremitäten, Herabsetzung der Sensibilität, Parese der Zunge, Erschwerung des Schluckens, Verfall der Sprache stellte das Bild der Krankheit dar, der die Patientin in 8 Tagen erlag.

Herr Dr. Beckh bespricht Dr. Kállay's (Carlsbad) „Aerztlichen Almanach pro 1887 (!)" und macht auf die vielen falschen und irreführenden Angaben in demselben, besonders bei den Cur-Orten, aufmerksam. Das Unternehmen gehöre keineswegs zu den empfehlenswerthen.

Schluss der Sitzung 11 Uhr. P.

Aerztlicher Bezirks-Verein Weiden.

I. Versammlung am 23. Juni 1886.

Als ersten Punkt der Tagesordnung gab der Vorsitzende Dr. Reinhard den Einlauf bekannt. Daran schloss sich vor Allem eine Discussion über die Stellungsnahme des Vereines den Krankenversicherungscassen gegenüber und wurde der schon früher gefasste Beschluss erneuert, dass die Vereinsmitglieder sich nach den Einzelleistungen honoriren lassen sollen.

Die Wahl eines Delegirten zum XIV. deutschen Aerztetag in Eisenach fiel auf Dr. Haupt-Weiden, der die Wahl annahm.

Zu dem Abonnement auf den ärztlichen Centralanzeiger zeigt der Verein so lange keine Lust, als der Verwendungsmodus der aus den halben Abonnementserträgnissen sich ergebenden Beträge zum Besten der ärztlichen Relicten nicht genau bekannt ist.

Ueber eine zur Einführung beabsichtigte Typhustabelle werden Anträge bis zur diesjährigen ärztlichen Kreisversammlung vorbehalten.

Dr. Roth-Neustadt theilt nun einen Vortrag über das Auftreten von Kropf und Cretinismus in Mittelfranken speciell im Bezirke Windsheim mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Trinkwassers mit.

Nach Besprechung sämmtlicher auf dieses Thema Bezug habenden Hypothesen spricht er seine Ansicht über die Aetiologie speciell des Cretinismus dahin aus, dass der Cretinismus wesentlich begünstigt wird durch vielfache Verwandtschaftsheirathen. Dieser Ansicht pflichtete auch Dr. Haupt bei und führte Beispiele aus seiner Praxis an.

Hierauf referirte Dr. Haupt-Weiden über die Morbiditätsstatistik des Vereines und constatirte vor Allem, dass in den Monaten November und December in den Ortschaften zwischen Windischeschenbach und Erbendorf eine Puerperalfieber-Epidemie geherrscht haben müsse, indem von sämmtlichen 38 Fällen auf diese Vororte und Ortschaften allein 10 Fälle treffen.

Das Material über Pneumonie wird Haupt zum Gegenstande eines eigenen Vortrages in der nächsten Vereinsversammlung machen.

Bei Croup und Varicellen wird beschlossen, bei der nächsten Kreisversammlung Streichung dieser Krankheitsformen aus den Morbiditätstabellen zu beantragen.

Da bei Tuberculosis Dr. Haupt mit Recht Fehlerquellen vermuthet, indem an Tuberculose Erkrankte in rascher Folge mehrere Aerzte consultiren, beantragt Dr. Reinhard, für die Zukunft in den Morbiditätstabellen die Namen der an Tuberculose Behandelten mit einzutragen, sowie auch einen ein Mal vorgetragenen Namen nie wieder, auch nicht im nächstfolgenden Jahre aufzuführen, was zum Beschlusse erhoben wird.

Bei „Brechdurchfall" wird beschlossen, bei der Kreisversammlung zu beantragen, dass nur die schwereren, das Bild einer Infection unzweifelhaft darbietenden Fälle angeführt werden sollen.

Als Schluss der Tagesordnung kamen noch kleinere Mittheilungen.

Nachdem der Vorsitzende den beiden Herren Dr. Roth und Dr. Haupt für ihre Mühewaltung gedankt und letzterer Herr auch für das kommende Jahr die Einsammlung und Sichtung des statistischen Materials übernommen hat, wurde Versammlung geschlossen.

Anwesend waren 10 Mitglieder, entschuldigt 2.

Vohenstrauss, 25. Juni 1886. Dr. Grundler.

Verschiedenes.

(Der statistische Sanitätsbericht über die deutsche Marine) für den Zeitraum vom 1. April 1883 bis 31. März 1885 zeigt die Wirkung, welche unsere Colonialpolitik auf die Krankheitsverhältnisse der deutschen Kriegsschiffe in der Südsee, Ostasien, Afrika etc. ausübt. Im Jahre 1884/85 hatte das Malariafieber um 31,4 pro Mille zugenommen. Im Ganzen wurden 1189 Fälle (gegen 692 Fälle im Vorjahre) constatirt. Am häufigsten waren Malarialeiden auf den Schiffen in Ostasien und Afrika. Von Remittenten wurden an Bord im Auslande 502 Fälle beobachtet, hievon entfielen 402 mit sieben Todesfällen anf Ostasien, 92 mit zwei Todesfällen auf Afrika, fünf auf die Südsee und drei auf das Mittelmeer. Die in Ostasien zugegangenen Fälle waren vorwiegend auf Singapore und Shangai, die in Afrika fast ausschliesslich auf Kamerun und seine Umgebung zurückzuführen. Der amtliche Bericht zeigt, dass dies Fiebernest noch schlimmer ist, als sein Ruf. Die Mehrzahl der Erkrankungen ist auf die Schlammbänke des Kamerunflusses zurückzuführen. Auf der ostasiatischen Station betrug der Zugang an Malariaerkrankungen 1883/84 155 Fälle und 1884/85 651 Fälle. Auch an Ruhr hatten die Schiffe 1884/85 mehr als bisher zu leiden, von 51 Fällen entfielen 32 auf Schiffe in Ostasien, 16 auf die in Amerika und 3 auf die in der Südsee. Asiatische Cholera wurde nur 1883/84 beobachtet, und zwar in acht Fällen auf den Schiffen in Ostasien und der Südsee, nur ein Fall endete tödtlich. An Hitzschlag wurden 1883/84 nur 6 Fälle beobachtet, in 1884/85 dagegen 20.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. Juli. Die Cholera ist in Brindisi wieder mit grösserer Heftigkeit aufgetreten, nachdem sie daselbst fast erloschen war; vom 21.—24. Juni kamen daselbst täglich circa 18 Erkrankungsfälle vor. In der Provinz Venetien ist die nahe bei Venedig gelegene Stadt Mestre am stärksten betroffen.

— Man schreibt uns aus Würzburg: Bei dem am 1. Juli 1886 bei Würzburg stattgehabten Eisenbahnunglück, das den Lesern dieser Zeitschrift aus den Tagesblättern bekannt sein dürfte, wurden in das k. Juliusspital 48 Verletzte überbracht; von diesen starben an innern Verletzungen sofort nach dem Eintritt in das Spital 4; 20 hatten leichte

Erosionen der Haut oder Contusionen erlitten, sodass sie ambulant behandelt werden und das Spital noch am selben Tage verlassen konnten. Die übrigen 24 Patienten wurden auf die chirurgische Abtheilung des Juliusspitales aufgenommen. Die Verletzungen bestehen theils in schweren Contusionen, vorzüglich aber in einfachen und complicirten Splitterbrüchen der untern und obern Extremitäten und der Rippen. Amputationen wurden nicht vorgenommen, es wurden vielmehr nach den von Professor Maas in dieser Zeitschrift (Nr. 44, Jahrgang 1885) beschriebenen Principien conservativ verfahren und selbst die complicirtesten Fracturen mit dem antiseptischen Dauerverband behandelt. Der Zustand der Verletzten berechtigt im Allgemeinen zu den besten Hoffnungen; ein Exitus letalis und zwar an Fettembolie wird voraussichtlich bald eintreten bei einem mit mehrfachen Fracturen behafteten Patienten und ebenso ist die Prognose noch zweifelhaft bei einer älteren Frau mit complicirter Basisfractur.

— In Moskau hat vom 14. April bis 12. Mai eine weitere Zunahme der Infectionskrankheiten stattgehabt, an der sich besonders Flecktyphus und Rückfallsfieber betheiligten.

— Sir James Paget wurde von der Academie der Medicin zu Paris zum auswärtigen Mitgliede ernannt.

— Der diesjährige Congress des englischen Sanitary Institute wird vom 21.—25. September zu York unter dem Vorsitze des Professor de Chaumont abgehalten werden.

— Das kürzlich aufgelöste englische Parlament hat noch in letzter Stunde die mehrfach erwähnte medicinische Reformvorlage angenommen. Obwohl das englische ärztliche Publicum weitergehende Reformen des Medicinalwesens gewünscht hätte, als dieser neue Medical Act bringt, enthält derselbe doch eine Reihe wichtiger und allseitig befriedigender Neuerungen. Die wichtigste davon dürfte die Einführung eines einheitlichen, unter staatlicher Controlle abzuhaltenden Examens in Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe sein, von dessen Bestehen die Ertheilung der Qualification zur ärztlichen Praxis abhängig gemacht wird. Von Interesse ist ferner, dass Ausländer, welche in England zu practiciren wünschen, in Zukunft auf Grund eines als gleichwerthig anerkannten Approbationszeugnisses ohne weitere Prüfung zur Praxis zugelassen werden. Für Hygienie und öffentliche Medicin finden eigene Prüfungen statt, über deren Bestehen besondere Diplome ausgefertigt werden.

— Am 27. vor. Mts. wurden auf der Klinik des Professor Albert in Wien, von Dr. Ullmann, Operateur (Coassistent) der Klinik, der das Pasteur'sche Impfverfahren in Paris studirt hat, an 13 von wuthverdächtigen Thieren gebissenen Personen Schutzimpfungen vorgenommen. Desgleichen beabsichtigt Dr. Barattieri in Mailand, ebenfalls ein Schüler Pasteur's, demnächst mit den ersten Impfungen zu beginnen. Es wurde sogar beschlossen ein Institut Pasteur in Mailand zu gründen.

(Universitäts-Nachrichten.) **Breslau.** Dr. W. Roux, Privatdocent und Assistent an der Anatomie wurde zum a. o. Professor in der medicinischen Facultät der Universität ernannt. — **Heidelberg.** An der Universität sind 1036 Studenten immatriculirt, darunter 266 Mediciner. — **Marburg.** Die Zahl der Immatriculirten beträgt 969, darunter 300 Mediciner. — **München.** Wie wir vernehmen hat Professor Grashey in Würzburg den Ruf als Professor der Psychiatrie dahier erhalten. Professor Bollinger ist erfreulicherweise wieder soweit hergestellt, dass derselbe mit den nächsten Tagen seine Lehrthätigkeit wieder aufzunehmen gedenkt. — **Prag.** Zum Rector der deutschen Universität wurde der Professor der Chirurgie Dr. Carl Gussenbauer gewählt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Auszeichnung. Dem Leibarzt I. K. H. der Frau Herzogin Louise in Bayern, Dr. Anton Mayer, wurde der Titel eines herzoglichen Hofrathes verliehen.

Ernannt. Zu Bezirksärzten I. Cl. die praktischen Aerzte: Dr. Erwin Bruglocher zu Schwabach in Schweinfurt, Dr. Heinrich Handschuh zu Burgpreppach in Ebern.

Versetzt. Der Bezirksarzt I. Cl. und Hausarzt beim Zuchthause Ebrach, Dr. Joseph Scharold, auf die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Bamberg II.

Uebersicht der Sterbfälle in München während der 25. Jahreswoche vom 20. bis incl. 26. Juni 1886.

Bevölkerungszahl 260,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 4 (2), Diphtherie und Croup 5 (3), Keuchhusten 2 (4), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 154 (167), der Tagesdurchschnitt 22.0 (20.3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30.6 (28.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17.3 (15.8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.2 (15.3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Der Bericht der vorausgehenden Woche ist uns nicht zugegangen.

Zusammenstellung der wichtigsten Krankheiten, welche im Regierungsbezirke Schwaben und Neuburg im Mai 1886 von III Aerzten beobachtet wurden.

Physikat	Typhus		Intermittens		Puerperalfieber		Dysenterie		Cholera epid.		Variola		Scarlatina		Morbilli		Tussis convuls.		Meningitis cer. spinalis		Diphtherie und Croup		Parotitis epidem.		Erysipelas. Rose.		Pleuritis		Pneumonie		Tuberculosis		Rheumatis. artic. acut.		Morbus Brightii		Scrophulosis		Ophth. blenn. neonat.		Zahl der mitarbeitenden Aerzte
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Augsburg, Stadt	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	1	5	3	1	3	9	13	9	3	1	6	4	16	3	4	6	5	7	4	1	—	—	—	—	9
Augsburg, Land	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	—	—	2	1	—	—	2	6	2	1	18	25	6	2	5	6	—	1	—	1	1	—	6
Dillingen	1	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	12	10	39	21	1	1	—	—	12	5	1	—	1	1	1	3	14	12	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	8
Donauwörth	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	1	3	—	1	—	—	—	1	—	2	1	2	5	12	3	3	—	3	—	1	1	—	—	—	8
Füssen	1	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	3	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	3	4	—	1	3	2	—	—	—	1	—	—	2
Günzburg	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	—	—	—	1	—	—	-	2	—	—	1	—	—	4	6	6	2	3	4	3	—	—	1	—	—	—	5
Illertissen	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	5	4	—	4	—	1	—	1	1	3	—	1	—	1	3	2	12	9	—	5	2	3	—	—	1	2	—	—	4
Kaufbeuren	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	3	1	—	—	—	4	3	—	16	12	—	1	3	—	3	1	—	—	—	—	5
Kempten	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Krumbach	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	4	2	1	2	1	—	—	—	2	—	—	2	1	—	2	3	12	2	2	1	2	—	—	—	—	—	—	5
Lindau	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	2	—	—	4	5	—	—	1	3	—	—	3	2	—	2	11	9	8	6	8	3	—	1	—	2	—	1	12
Memmingen	3	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	12	—	—	5	1	—	—	4	5	—	—	—	2	6	2	26	13	9	12	5	1	4	1	3	1	—	—	11
Mindelheim	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	10	2	2	4	5	1	—	—	—	3	—	—	3
Neuburg a. D.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	4	—	—	2	1	1	2	6	1	3	—	2	1	—	1	1	—	—	—	4
Neuulm	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	4	5	—	—	4	2	—	—	—	—	2	2	4	8	2	2	1	3	—	1	2	3	—	—	4
Nördlingen	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	8	6	—	—	—	1	2	3	9	7	1	2	2	1	—	1	—	-	—	—	5
Oberdorf	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	6	9	—	—	—	1	—	—	6	2	—	—	—	2	1	2	11	6	1	3	3	2	—	—	—	1	—	—	5
Sonthofen	—	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	2	1	—	2	3	7	6	—	4	2	—	—	—	—	—	—	5
Wertingen	—	—	—	1	—	2	—	—	—	-	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	—	2	1	7	3	2	2	3	3	—	2	1	1	—	—	4
Zusmarshausen	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	4	—	1	2	—	1	—	—	--	1	—	—	—	1	1	1	7	4	2	4	—	1	—	—	2	—	—	—	4
Summa	20	20	5	4	—	25	1	2	—	—	-	1	38	48	48	35	30	36	3	4	48	48	14	11	17	27	35	36	187	155	58	59	59	45	11	11	12	15	1	1	111
	40		9		25		3		—		1		86		83		66		7		96		25		44		71		342		117		104		22		27		2		

Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.